

LENIR APARECIDA CHAVES

**EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NO SUS: CONHECENDO A INTEGRAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA À REDE ASSISTENCIAL POR MEIO DA TEORIA DE
RESPOSTA AO ITEM**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública**

Belo Horizonte - MG

2015

LENIR APARECIDA CHAVES

**EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NO SUS: CONHECENDO A INTEGRAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA À REDE ASSISTENCIAL POR MEIO DA TEORIA DE
RESPOSTA AO ITEM**

Dissertação apresentada à Banca examinadora
como requisito obrigatório para obtenção de título
de Mestre em Saúde Pública pelo Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Universidade Federal de Minas Gerais.

Área de Concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eli Iola Gurgel Andrade

Belo Horizonte

2015

Chaves, Lenir Aparecida.
C512e Em busca da integralidade no SUS [manuscrito]: conhecendo a
integração da atenção básica à rede assistencial por meio da teoria de
resposta ao item. / Lenir Aparecida Chaves. -- Belo Horizonte: 2015.
93f.: il.
Orientador: Eli Iola Gurgel Andrade.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integralidade em Saúde. 3.
Regionalização. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Estudos Transversais. 6.
Dissertações Acadêmicas. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II. Universidade
Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 540

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-Reitor 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 Thomáz G. da Matta Machado

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Profa. Sandhi Maria Barreto

Sub-Coordenadora

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Colegiado

Profa. Eli Iola Gurgel Andrade

Profa. Mariangela Leal Cherchiglia

Profa. Sandhi Maria Barreto

Profa. Waleska Teixeira Caiaffa

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Profa. Eliane Costa Dias Macedo Gontijo

Profa. Valéria Maria de Azeredo Passos

Profa. Cíbele Comini César

Representantes discentes

Hugo André da Rocha

Amanda Paula Fernandes



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NO SUS: CONHECENDO A
INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À REDE ASSISTENCIAL POR
MEIO DA TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM**

LENIR APARECIDA CHAVES

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 18 de dezembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientador
UFMG

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge
UFMG

Prof(a). Marcos Antonio da Cunha Santos
UFMG

Prof(a). Alaneir da Fatima dos Santos
UFMG

Prata DEBORA CRUZALDO MARTA - *[assinatura]*
Daisy Maria Xavier de Almeida - *[assinatura]*
Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2015.

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LENIR APARECIDA CHAVES

Realizou-se, no dia 18 de dezembro de 2015, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, Sala 828, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NO SUS: CONHECENDO A INTEGRAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA À REDE ASSISTENCIAL POR MEIO DA TEORIA DE RESPOSTA AO ITEM*, apresentada por LENIR APARECIDA CHAVES, número de registro 2014652060, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - Orientadora (UFMG), Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - Coorientadora (UFMG), Prof(a). Marcos Antonio da Cunha Santos (UFMG), Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos (UFMG).

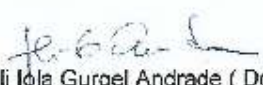
A Comissão considerou a dissertação:

☒) Aprovada

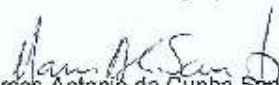
☐) Reprovada

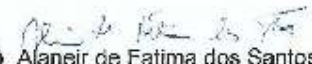
Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2015.

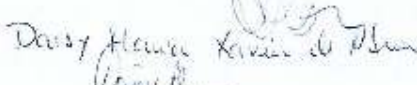
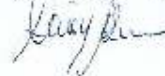

Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade (Doutora)

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge (Doutora)


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


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

CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela VIDA.

Ao meu pai que sempre acreditou em meu potencial e nunca me deixou sozinha e à minha mãe que se preocupa com minha felicidade.

Aos meus filhos, Lucas e Clara, que com sua presença amiga e paciente me incentivaram na busca pelo crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus orientadores, prof^a Eli Iola, Alzira, Mariângela, Laines, Ilka e prof^o Thomaz e Marcos que, além da presença amiga, carinhosamente mostraram a direção a ser seguida para a construção desse estudo, ajudando-me a crescer em um novo caminho.

Aos amigos do mestrado, por experiências compartilhadas nas aulas e trabalhos que possibilitaram meu crescimento enquanto aluna e, principalmente, enquanto pessoa.

Aos meus amigos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho, através de conversas e reflexões.

“As pessoas fazem a História, mas raramente se dão conta de que estão fazendo”.

(Christopher Lee)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Atenção Básica (2011) define a Saúde da Família como estratégia para a consolidação da atenção básica e as Redes de Atenção como referência para organização de um cuidado integral. Evidências sugerem serem fundamentais os dispositivos de regionalização, apoio matricial, comunicação, informação, regulação e gestão compartilhada para o ordenamento da rede. Contudo, problemas relacionados à garantia de acesso aos demais níveis de complexidade do sistema configuram-se como importante desafio para a consolidação do SUS. **OBJETIVO:** Avaliar a integração da Atenção Básica à rede assistencial do SUS, utilizando os dados do PMAQ-AB, Brasil, 2012. **MÉTODO:** Estudo transversal, com base nos dados de 17.202 equipes de saúde da família que responderam ao questionário de avaliação externa do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica/PMAQ-AB. Para medir a habilidade de integração das equipes à rede assistencial foi utilizada a técnica de Teoria de Resposta ao Item por meio do modelo de resposta gradual de Samejima (GRM). Para estimativa do nível de integração foi empregada escala de habilidade (-3 a 3) às perguntas selecionadas no módulo II (Entrevista com Profissional da Equipe/AB). Posteriormente, definidos os intervalos para classificação das Equipes: baixa; média e alta integração. Os escores foram interpretados por meio da técnica de visualização da nuvem de palavras, que propiciou obter qual a categoria de resposta do item mais frequente nos diferentes níveis de integração definidos no estudo. Assim, foi possível verificar impacto desses sobre o desempenho das equipes e identificar o comportamento das mesmas. **RESULTADO:** Dos itens utilizados no estudo, doze apresentavam ótima discriminação entre as equipes do PMAQ, pois carregam maior quantidade de informação sobre a integração das mesmas à rede. Desses, destacam-se os referentes às ações de apoio matricial: “consultas médicas; discussão de caso; ação clínica compartilhada; construção conjunta de projetos terapêuticos; atividade de educação permanente; intervenções no território e visita com profissionais de AB” que tem melhor performance no nível de média integração e, apesar de não exigirem alta habilidade das equipes, possuem os maiores valores na correlação com a nota final (>500). Porém, o item “discussão processo trabalho” exige alta habilidade das equipes. Além disso, os itens: “Possui canal de comunicação/Recebe Apoio NASF/Sempre; às vezes–contato especialistas com AB/Frequência apoio semanal, quinzenal e mensal/Possui lista contato com AB/Recebe Apoio CAPS/Possui de 1 a 2 centrais de marcação/Às vezes – contato AB com especialista/Existe de 1 a 3 fluxos de comunicação/Possui 3 centrais de marcação/Sempre-contato AB com especialista e Existe > 4 fluxos de comunicação” têm sua melhor categoria de resposta localizadas no nível de alta integração, quando observamos a técnica de visualização da nuvem de palavras. **CONCLUSÃO:** A realização das ações de apoio matricial avaliadas no PMAQ-AB melhora o desempenho das equipes de saúde da família. Da mesma forma, porém em menor grau, os itens referentes à comunicação reforçam esse entendimento. Contudo, apesar dos avanços conquistados na política de saúde do país, a frequência em torno de (50%) do pior cenário para itens do estudo, evidencia a necessidade de qualificação da integração entre as ações de atenção especializada e atenção básica para consolidação de uma Atenção Primária à Saúde abrangente.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Integralidade em Saúde, Assistência Integral à Saúde, Regionalização.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The National Policy of Basic Attention (2011) define Family Health as a strategy for basic attention consolidation and the Attention Nets as reference to the organization of an integral care. Evidences suggests that are of vital importance the actions of regionalization, matricial care, communication, information, regulation and shared management for the network planning. However, problems related to the difficulty in access to the other levels of complexity in the system are a great challenge to the consolidation of SUS. **OBJECTIVE:** Evaluate the integration of the Basic Attention to the SUS attention network, using data from PMAQ-AB, Brazil, 2012. **METHODS:** Transversal study, based on the data from 17.202 family Health teams that answered to the external evaluation from the Program for Access and Quality Improvement in Primary Care/PMAQ-AB. To measure the teams' integration abilities to the assistencial network the Item Response Theory was used through the gradual response model Samejima (GRM). To estimate the integration level was used the abilities scale (-3 to 3) to the questions selected on module II (Interview with a team professional). Posteriorly, defined the gaps to classify the teams: low, medium and hight integration. The score were interpreted using the word cloud visualization technique that allowed us to get which one is the response category of the most common item in different levels of integration defined in the study . Then, was possible to verify their impact on the teams' performance and identify their behaviour. **RESULTS:** From the items used on the study, 12 had great discrimination betwin the teams on PMAQ, because they carry a greater level of information about their integration to the network. From them, are highlighted the ones refered to matricial support actions: "medical appointment; case discussions; shared clinical actions; joined construction of therapeutic projects; permanent education activities; territorial interventions and visits with AB professionals" that had their best performance in the level classified as medium integration and, despite hight abilitie is not demanded from the teams, have the highter values correlated with the final grade (>500). However, the item "discussion process work" requires high ability of the teams. Besides that, the items: "Has communication channel/Has NASF support/Always - sometimes specialists contact AB/Frequency of weekly, biweekly and monthly support/Has contact list with AB/Receives CAPS support/Has 1 or 2 marking centrals/Sometimes - contact AB with specialists/There are from 1 to 3 communication fluxes/Has 3 marking centrals/Always - contact AB with specialists and There are and There are > 4 communication fluxes" has its best response category localized on the hight integration level, when we use the word cloud visualization technique. **CONCLUSION:** The realization of the matricial support actions evaluated on PMAQ-AB improved the performance of the family health teams. In the same way, but in a smaller degree, the items referred to communication reinforce this understanding. However, despite the achievements in the country's health policy, the frequency around (50%) from the worse for the items of the study, highlights the necessity for qualification of the integration between the actions of Specialized Attention and basic attention to the consolidation of an embracing Health Primary Attention.

Keywords: Primary Health Care, Equality in Health, Integral Health Assistance, Regionalization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Da atenção médica primária à atenção primária à saúde 20

Quadro 2 - Questões do PMAQ-AB, Brasil, 2012, Módulo II - Questionário de Avaliação Externa, apresentadas por subdimensão, com suas respectivas categorias de resposta, após categorização e ordenamento, conforme o Modelo de resposta gradual de Samejma* 49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos níveis de integração das equipes de saúde do PMAQ-AB, Brasil, 2012, por região no Brasil.....	59
Tabela 2 - Distribuição dos itens conforme o modelo de resposta graduada de Samejima*. O valor de σ^{**} . A correlação com a nota final***. Os parâmetros**** de inclinação (a) e posição (b_1 , b_2) dos itens.....	60
Tabela 3: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Baixa Integração.....	62
Tabela 4: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Média Integração.....	62
Tabela 5: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Alta Integração.....	63

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde	39
Figura 2 – Exemplo de uma Curva Característica do Item - CCI.....	44
Figura 3 - Representação Gráfica da Curva Característica do Item e da Curva de Informação do Item para as perguntas: II-12_2_4/II-12_4/II_12_5_1/II_12_5_6, respectivamente.....	52
Figura 4 – Curva Informação do Teste	54
Figura 5 – Boxplot e distribuição da frequência dos escores das equipes de atenção básica que participaram do PMAQ-AB, Brasil,	56
Figura 6 – Representação gráfica das categorias de respostas mais alta e das categorias de respostas mais baixa dos itens selecionados para o estudo.....	57
Figura 7: Gráfico de Unidimensionalidade do conjunto dos itens selecionados para o estudo.	58
Figura 8: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Baixa Integração.....	64
Figura 9: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Média Integração.....	64
Figura 10: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Alta Integração.....	65

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

AE - Atenção Especializada

CCI - Curva de Informação do Item

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

COSEMS – Conselho Secretários Municipais de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GRM - Modelo de Resposta Graduada de Samejima

NOB – Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNS – Política Nacional de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS - Sistema Único de Saúde

TRI - Teoria de Resposta ao Item

TCG – Termos de Compromissos de Gestão

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 Atenção Primária à Saúde	18
2.2 O princípio de Integralidade no SUS	22
2.2.1 Integração dos Serviços de Saúde	27
2.2.2 Gestão Compartilhada: descentralização e regionalização	33
2.3 Estratégia de Saúde da Família	36
2.4 Avaliação em Serviços de Saúde	37
2.4.1 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica/PMAQ-AB..	40
2.5 A técnica de análise utilizada no estudo – Teoria de Resposta ao Item	42
3. OBJETIVOS	46
3.1 Objetivo Geral	46
3.2 Objetivos Específicos	46
4. MÉTODO	47
4.1 Desenho de Estudo	47
4.2 População de Estudo	47
4.3 Descrição das Variáveis	47
4.4 Análise.....	51
4.5 Critérios Éticos	55
5. RESULTADOS	56
6. DISCUSSÃO	67
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	73
ANEXO	79
APÊNDICE... ..	87

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado e as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem um sistema único, sendo sua organização orientada pelas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Nesta dissertação, destaco e trabalho mais especificamente os temas relacionados à diretriz de atendimento integral do Sistema Único de Saúde (SUS), também abordado como o princípio de integralidade. O estudo procura compreender as ações necessárias para a integração dos serviços de saúde, por meio de redes assistenciais, a partir de uma atenção básica que se oriente em uma abordagem integral dos indivíduos e das famílias. Assim, repensar aspectos relacionados à organização do processo de trabalho, da gestão e planejamento e da construção de novos saberes e práticas em saúde (CECILIO, 2009), impõem-se como desafio no SUS.

É importante compreender, que iniciativas de avaliação e pesquisas sistemáticas têm produzido um diagnóstico cada vez mais preciso e abrangente em relação à Política Nacional de Saúde. Segundo Magalhães Junior & Pinto (2014), evidências indicam ser fundamental a implantação de dispositivos que considerem a regionalização, referência e apoio matricial às unidades básicas de saúde; decisão e gestão compartilhada de fluxos com a atenção básica; comunicação e regulação, entre outros, constituindo as equipes com potencial de analisar, monitorar e gerir o acesso, a qualidade e continuidade do cuidado nos níveis de complexidade do sistema. Outras apontam que as atividades de apoio matricial contribuem para atenção de melhor qualidade à população, no sentido de superar uma cultura de sistema de saúde com estruturas rígidas que não se inter-relacionam (SOBRINHO et al., 2014).

A avaliação de serviços de saúde para a gestão pela qualidade há algum tempo faz parte de um conjunto de ideias que norteiam a administração pública, uma vez que favorecem diretrizes para um processo de planejamento (RIGHI, 2010). Na saúde, a avaliação baseia-se na necessidade de informação sobre o funcionamento e eficácia do sistema, tendo em vista sua complexidade; as incertezas na relação entre os problemas de saúde e as intervenções necessárias para resolvê-los; o desenvolvimento das tecnologias médicas e as expectativas da população (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Com isso, a avaliação enquanto um sistema institucionalizado de apoio à tomada de decisão coloca-se como imprescindível, devendo esse processo ser capaz de produzir informações que contribuam para o julgamento da situação avaliada, influenciando as decisões de forma positiva e favorecendo o aprendizado individual e coletivo como instrumento de transformação e inovação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB 2012 do Ministério da Saúde (instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS, 19 de julho de 2011), teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB) para garantir um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, no sentido de ajustar as estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica oferecidos à sociedade (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, o PMAQ se insere em um contexto de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca avaliar os resultados da política de saúde em todas as suas dimensões, com destaque para a atenção básica, com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis (BRASIL, 2012). Para alguns autores, o PMAQ revela um conjunto de elementos com potencial de se constituírem em objeto de análise da PNAB (2011), que podem ser utilizados por gestores e profissionais de saúde. Configura-se ainda, como uma importante estratégia que, por meio de um amplo processo de mobilização, procura produzir uma cultura de análise, avaliação e intervenção e dotar as equipes de capacidade institucional para induzir mudanças nas condições e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e nas práticas dos serviços a nível local e regional (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

Dessa forma, contrapondo-se a um contexto de fragmentação dos sistemas de saúde; medicalização e da necessidade de melhoria no cuidado aos pacientes crônicos que demandam intervenções de interdependência organizacional e coordenação do cuidado, o fortalecimento de uma AB robusta, que sirva de base para a constituição de redes coordenadas de atenção e garantia do acesso universal (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014), coloca-se como urgente na agenda de gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

No Brasil, a concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) integral foi instituída com a criação do SUS em 1988. No cenário internacional, a Organização Mundial de Saúde (Relatório Mundial de Saúde – 2008) e a Organização Pan Americana da Saúde (Renovação

da Atenção Primária em Saúde nas Américas – 2005), apontaram a atenção primária como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Além disso, evidências indicam que os cuidados primários que tenha o usuário-cidadão em seu centro, produzem impactos positivos na saúde da população, com eficiência do sistema (GIOVANELLA et al., 2009).

Nessa perspectiva, em 1994 foi instituído o Programa de Saúde da Família (PSF), como um programa seletivo para populações de risco e, após incremento do Piso de Atenção Básica (remuneração per capita para ações de saúde) em 1998, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), privilegiando a atenção básica com potencial de construir novas formas de atenção à saúde (ISAGS, 2014).

Também, porém em graus variados de articulação, estratégias políticas que garantissem a integração das ações e serviços de saúde eram executadas. Nos anos 1990, temos a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB's - 91/92/93 e 96), com destaque para a descentralização do sistema. A partir de 2000, a problemática da regionalização é enfocada, com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001 e 2002), tornando-se sua discussão mais incisiva com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006 (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010; LIMA et al., 2012).

Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça as bases conceituais e teóricas da atenção básica, considera sua importância e a necessidade de que se oriente pelos princípios de universalidade, integralidade e controle social (BRASIL, 2011). Define a Estratégia de Saúde da Família como principal dispositivo de consolidação da atenção básica e destaca as Redes de Atenção à saúde (RAS) como referência para organização de um cuidado integral em todos os níveis de atenção (ISAGS, 2014).

Além disso, o decreto 7508 de 2011 do Ministério da Saúde, que regulamenta a lei 8080/90, define que o acesso universal e ordenado às ações e serviços de saúde tem início pelas portas de entrada do SUS e completa-se em uma rede regionalizada e hierarquizada, estabelecendo que as redes de atenção à saúde estejam compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2012).

Nesse enquadramento, o conceito de “integralidade” destaca-se como um dos princípios do SUS e da atenção primária menos desenvolvido, resultando impactos na coordenação e continuidade do cuidado (ISAGS, 2014). Não obstante, é importante considerar a amplitude do seu significado composto por dimensões relacionadas aos campos: da primazia das ações de promoção e prevenção; da garantia de acesso aos três níveis de complexidade assistencial; da articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e da abordagem integral do indivíduo e famílias (GIOVANELLA et al., 2002).

O conceito de integralidade pode ainda ser invocado como parte de uma imagem-objetivo, designando a configuração de um sistema, que na arena política, alguns autores consideram desejável. Pode ainda ser abordado a partir de três grandes conjuntos de sentidos. O primeiro sentido refere-se às práticas dos profissionais de saúde, que questionam o reducionismo do dimensionamento do paciente apenas como um corpo com lesões. O segundo sentido refere-se à organização dos serviços e das práticas de saúde, que questionam a ausência de articulação entre práticas de saúde pública e assistenciais. Aqui a integralidade emerge como princípio de organização contínua do processo de trabalho por meio da apreensão das necessidades de saúde da população. E o terceiro sentido refere-se aos atributos relacionados às respostas governamentais, ligadas à configuração das políticas projetadas para dar respostas a um determinado problema de saúde. Políticas que se recusam a descontextualizar os sujeitos sobre os quais incidem (MATTOS, 2009).

Destacamos que o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços, devido à interdependência dos atores e organizações envolvidos, sendo preciso desenvolver mecanismos de coordenação e cooperação entre provedores assistenciais para uma gestão eficiente dos recursos coletivos. Gestão essa, que deve responder às necessidades de saúde individual e coletiva (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Desse modo, vários estudos têm sido empreendidos com o objetivo de explorar em que medida a atenção básica pode ser considerada uma estratégia adequada para integrar os cuidados em saúde e quais instrumentos podem ser utilizados em sua implementação (BOERMA, 2007). Outros autores esclarecem que, embora exista uma crescente produção científica sobre os efeitos da atenção primária, é importante estar atento para a possibilidade de diferentes configurações do cuidado primário, devido ao risco de se implementar uma medicina simplificada e assim, reforçar as iniquidades em saúde (MEDINA; HARTZ, 2009).

A literatura também registra que é necessário compreender em que grau a AB consegue ordenar as redes de atenção e coordenar o cuidado e a trajetória dos pacientes, buscando identificar ações da Política Nacional de Saúde que possibilitam à atenção básica avançar nessa direção (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014). Aqui, vale ressaltar para a insuficiência de estudos que analisam os efeitos de diferentes modalidades do Programa de Saúde da Família adotado de fato pelos municípios. Essa questão se torna relevante tendo em vista não ser possível tomar como certo que a modalidade implementada realmente está transformando o modelo de saúde convencional (MEDINA; HARTZ, 2009).

Na avaliação das redes de atenção é difícil prescrever um modelo organizacional único que satisfaça as necessidades específicas dos sistemas de saúde. A regionalização e a constituição de redes precisam ser compreendidas em suas dimensões técnica e política, tendo em vista que se por um lado constituem-se em uma forma de garantir acesso e cuidado integral, por outro envolvem disputas de poder com exigência de decisões políticas públicas que ferem interesses (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Ou seja, regionalização refere-se à necessidade de interação entre os entes públicos, trazendo à tona conceitos de eficiência, efetividade, planejamento, organização e garantia de acesso para execução das ações e serviços de saúde. Para isso, questões referentes ao cumprimento da agenda de financiamento das redes; qualificação dos gestores municipais para construção de relações intermunicipais e a fragilidade do gestor estadual, colocam-se como desafios para a constituição de coletivos regionais consolidados em redes de atenção (PEREIRA; PEREIRA, 2015). Somam-se a esses, a definição do conceito de rede de saúde; as desigualdades socioespaciais; as relações entre estado e mercado na configuração de redes assistenciais e o entendimento de que a elaboração e institucionalização das estratégias de região e redes de atenção caminham paralelamente sem formar um todo, mesmo após o Decreto 7508/11 (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Vale ressaltar, que a conformação de regiões e redes de saúde constitui-se em uma estratégia para lidar com a dimensão territorial do princípio de universalização, com o objetivo de garantir o direito à saúde e induzir uma ação eficaz do Estado na política, planejamento e gestão do SUS (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Diante das questões apontadas, e compreendendo a complexidade que envolve a efetivação do princípio de integralidade no SUS, os resultados obtidos com a avaliação do PMAQ permitem investigar a dimensão relacionada à organização da rede de serviços. Isso porque, os problemas relacionados à garantia do acesso aos diversos níveis de complexidade assistencial (GIOVANELLA; STEGMULLER, 2014) configuram-se como decisivo componente organizativo do SUS (SANTOS; CAMPOS, 2015).

Diante do exposto, podemos nos perguntar: a atenção básica está integrada aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde, garantindo um cuidado integral conforme as necessidades de saúde da população? Para responder a esta pergunta, será utilizada a técnica de Teoria de Resposta ao Item por meio do modelo de resposta graduada de Samejima com dois parâmetros: inclinação (a) e de posição (b). Dessa forma, este estudo tem como objetivo avaliar a integração da atenção básica à rede assistencial do SUS, construindo uma classificação de níveis de integração das equipes de saúde da família que participaram do primeiro ciclo do PMAQ-AB, aplicando, posteriormente, os níveis propostos para analisar a integração entre AB e rede assistencial.

Finalizando, a organização das seções no estudo está estruturada em revisão da literatura, a partir de uma leitura extensa de autores que apresentam uma discussão atual relacionada ao tema pesquisado; seguida dos objetivos geral e específicos; da metodologia, seção onde estão descritas as técnicas de pesquisa utilizadas para o desenvolvimento do estudo; os resultados; a discussão, seção onde o autor desse trabalho procura, à luz da literatura, discutir os achados do estudo e, por último, a conclusão.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Aproximar-se da noção de atendimento integral no SUS não é tarefa fácil e nem possível de ser concluída em um único estudo, tendo em vista as diversas abordagens do tema. Dessa forma, buscando a melhor maneira de empreender uma reflexão, o desenvolvimento desta seção tem início com a apresentação dos atributos que orientam a concepção de Atenção Primária à Saúde Integral. Seguida da apresentação do conceito de integralidade, discutido em suas dimensões, que conduz ao conceito de integração de serviços de saúde, devido à interdependência dos atores organizacionais envolvidos para a produção do cuidado em saúde. Nessa perspectiva, é preciso compreender que a integração entre atores, organizações e saberes profissionais somente será alcançada a partir de uma atenção básica que se constituía como porta de entrada preferencial e centro de comunicação das redes de atenção à saúde.

Assim, em sequência, discute-se a conformação de um sistema de gestão compartilhado, sendo abordada a problemática da descentralização e regionalização no sistema de saúde. Aqui, não perdendo de vista a urgência em se avançar na implantação de um processo de regionalização que considere a integração dos serviços em rede. Nesse enquadramento, foi apresentada a Política Nacional de Atenção Básica (2011), estabelece a Saúde da Família como estratégia de reforma da atenção básica, com potencial de orientar o modelo assistencial, e define as redes de atenção à saúde como estratégia para um cuidado integral no SUS.

Posteriormente, foram introduzidas questões referentes à qualidade das práticas e serviços de saúde, enquanto um processo de planejamento que possibilite aos gestores melhorar as decisões nos sistemas de saúde. Assim, em um contexto de qualificação do SUS, apresentamos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, instituído pela portaria nº 1654 GM/MS, 19 de julho de 2011. Finalizando, dedicamos uma seção para explicar a técnica de análise utilizada no estudo, a Teoria de Resposta ao Item (TRI), por tratar-se de uma técnica pouco utilizada na área da saúde.

2.1 Atenção Primária à Saúde

O movimento “Saúde para todos no ano 2000”, lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), teve como resultado a realização da Conferência Internacional de Cuidados Primários

em Saúde que, por meio da “Declaração de Alma-Ata (1978)”, afirma ser a saúde um direito fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais, sendo os governos responsáveis pela saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais. Nessa perspectiva, a atenção primária à saúde foi concebida como atenção essencial, que deve ser baseada em tecnologias apropriadas e custo-efetivo, orientada pelos princípios de solidariedade e equidade, com garantia de acesso a todas as pessoas e famílias e sua plena participação, com foco na proteção e promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Desde então, a Atenção Primária à Saúde (APS) ganha presença no debate político, considerada função central do sistema nacional de saúde e constituindo-se a chave para que a meta social de Alma-Ata seja alcançada. Contudo, sua interpretação não é uniforme. Em 1979, agências internacionais e governos conservadores defendiam um pacote de atenção primária seletivo com intervenções de baixo custo para combater doenças em países pobres (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Vuori (1986) sugere outra abordagem para definição da APS e considera a mesma é composta por distintas faces: um conjunto mínimo de atividades (Educação em saúde, fornecimento de alimentos, nutrição adequada, água potável e saneamento básico, materna e saúde infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de base de problemas de saúde e fornecimento de medicamentos essenciais); um nível de cuidado (atenção primária como parte de um sistema que as pessoas procuram quando têm problemas); uma estratégia para a organização dos serviços de saúde (serviços precisam ser: acessíveis, relevantes para as necessidades de saúde da população, integrado, com participação da comunidade, custo/efetivo, com colaboração entre setores na sociedade) e uma filosofia que deve permear todo o sistema de saúde (sistema caracterizado por justiça social e igualdade, solidariedade internacional, autoresponsabilidade e aceitação de um conceito amplo de saúde). Para a Organização Pan Americana da Saúde (Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas - 2005) e a Organização Mundial de Saúde (Atenção Primária à Saúde: agora mais que nunca - 2008), a atenção primária é apontada como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Segundo Starfield (2002), é preciso que a atenção primária seja compreendida enquanto uma estratégia que integre todos os aspectos dos serviços de saúde, tornando-se uma meta aplicável em países industrializados. Para isso, o sistema de saúde deve enfatizar a justiça e a

equidade social, a autoresponsabilidade e a solidariedade internacional, além de um conceito de saúde abrangente, empreendendo a mudança de uma atenção médica convencional para uma atenção primária à saúde, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1- Da atenção médica primária à atenção primária à saúde

CONVENCIONAL	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
ENFOQUE	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
CONTEÚDO	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialidades	Clinico Geral
Médicos	Grupos de Outros Profissionais
Consultório Individual	Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas setor de saúde	Colaboração Intersetorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: (Starfield, 2002, p. 33).

Nesse enquadramento, é importante compreender que a produção de uma atenção primária à saúde efetiva requer uma perspectiva mais ampla do que a que pode ser alcançada pelo especialista (STARFIELD, 2002). Isso porque os problemas de saúde não podem ser abordados por um único grupo de profissionais (VUORI, 1986). É necessário considerar, que desde o final da década de 1960, havia um questionamento em relação ao modelo biomédico de atenção à saúde, exigindo uma nova abordagem em saúde, destacando-se os determinantes sociais mais gerais do processo saúde/enfermidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Para Giovanella & Mendonça (2012) a concepção abrangente de APS deve ser orientada pelos atributos: primeiro contato (ser acessível ao usuário em caso de adoecimento ou acompanhamento de saúde, constituindo-se como filtro para serviços especializados), longitudinalidade (responsabilidade pelo usuário independentemente da presença ou ausência da doença), integralidade (reconhecimento de amplo espectro de necessidades biopsicossocial e oferta de serviços preventivos e curativos com garantia de acesso e resolubilidade), coordenação (coordenar as ações e serviços de saúde com resolução de necessidades menos frequentes e mais complexas), orientação para a comunidade (conhecimento das necessidades

de saúde em razão do contexto econômico e social, da distribuição dos problemas de saúde, dos recursos disponíveis e participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde), centralidade na família (conhecimento do contexto e dinâmica familiar) e competência cultural (reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais).

No Brasil, a Constituição de 1988 forneceu as bases legais para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios e diretrizes de universalidade, descentralização, integralidade, equidade e controle social. Nos anos 1990, foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), criaram o Fundo Nacional de Saúde e o Conselho Nacional de Saúde. Com isso, foi formado um novo aparato institucional de gestão da política de saúde e consolidado uma esfera pública embasada em uma concepção de relevância pública das ações e serviços de saúde, além da preservação do papel do Estado na regulamentação, na fiscalização e no controle da execução de ações e serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Também na década de 90, teve início políticas de fortalecimento da atenção primária como base para a reforma da atenção em saúde (ISAGS, 2014).

Não obstante, apesar da concepção de APS integral, conforme descrito na Declaração de Alma-Ata, nos anos 1980 e 1990, no Brasil, foram adotadas perspectiva de atenção primária à saúde seletiva, com o desenvolvimento de um conjunto de ações de saúde voltado a minimizar as desigualdades social e econômica. Vale ressaltar, que em 1993 o Relatório do Banco Mundial recomendava que somente algumas situações de saúde fossem de responsabilidade pública, por meio de políticas de combate à pobreza focalizada em populações mais pobres (ISAGS, 2014).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) utiliza o termo de “atenção básica” e APS como concepção equivalente, estabelece as diretrizes e normas gerais da atenção básica e define uma concepção que deve guiar a organização dos serviços, ações e práticas de saúde no país. Sua concepção de atenção básica é coerente com os princípios e o conceito ampliado de saúde do texto constitucional de 1988 e orienta-se pelos atributos definidos por Starfield (2002). (ISAGS, 2014).

Vale ressaltar, que a atenção básica na PNAB não está definida apenas como primeiro nível de atenção do sistema de serviços de saúde, pois embora seja considerada como porta de

entrada e preferencial ponto de atenção na definição de redes de atenção à saúde, sua equipe multidisciplinar deve integrar e coordenar o cuidado por meio de ações horizontais e verticais e práticas intersetoriais. Dessa maneira, quando consideramos uma concepção de atenção primária abrangente, cabe à atenção básica o papel de “ordenar as redes” com o objetivo de garantir a organização e planejamento dos demais pontos de atenção, assegurando acesso universal, contínuo, de qualidade e a integralidade do cuidado individual e coletivo para dentro da Unidade Básica de Saúde e para fora na Rede de Atenção à Saúde (ISAGS, 2014).

Contudo, verifica-se que apesar do desenvolvimento de outros atributos da atenção primária, aqueles que compõem o campo da integralidade se destacam como sendo um dos princípios do SUS menos desenvolvido, resultando em impactos na coordenação e continuidade dos cuidados (IAGS, 2014).

2.2 O princípio de Integralidade no SUS

O princípio de equidade em saúde possibilitou ao SUS reestruturar os serviços para oferecer atenção integral e garantir que as ações básicas fossem acompanhadas pelo acesso universal à rede de serviços mais complexa conforme a necessidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Dessa forma, é possível compreender que, enquanto a realização de um trabalho integrado entre serviços; ações e saberes profissionais, atendimento integral ou o princípio de integralidade do SUS, constituem-se como um dos maiores desafios contemporâneos (MORORÓ; COLVERO; MACHADO, 2011).

Em uma primeira aproximação do termo, para compreender a integralidade da atenção de forma mais completa é preciso discuti-la em suas dimensões. Na primeira, a integralidade é classificada como “integralidade focalizada”, que acontece no espaço da micropolítica de saúde, no espaço singular de cada serviço, no encontro entre usuário e equipe, com a preocupação e o esforço de cada trabalhador e da equipe de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde. Necessidades essas, captadas em sua expressão individual, exigindo da equipe sensibilidade para traduzi-las e atendê-las. Isso significa esforço de um trabalho multiprofissional nos processos de conversação e comunicação, um desafio que precisa ser tratado nos processos de gestão dos serviços. Todavia, a integralidade não será bem sucedida somente no espaço singular, é necessário pensá-la no “macro”, no espaço da macropolítica de saúde. Isso nos conduz à sua segunda dimensão: a “integralidade ampliada”

fruto de uma articulação dos serviços de saúde (centro de saúde, equipes de PSF, ambulatório de especialidades ou hospital, rede composta outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do “setor” saúde). Ou seja, a integralidade da atenção pensada em rede, enquanto objetivo da rede, responsabilidade do sistema de saúde, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, a partir de cada serviço de saúde, se articulam em fluxos, tendo como referência as necessidades reais das pessoas. Aqui, é preciso compreender a “integralidade focalizada” também presente nos serviços especializados, seja em unidades de emergências ou hospitais (CECÍLIO, 2009).

Outra aproximação do conceito, a integralidade pode ser entendida como a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente, com disponibilidade de recursos para abordá-la. Isto requer que a atenção básica deve alcançar um alto nível de desempenho para reconhecer as demandas existentes (STARFIELD, 2002).

Em outro ângulo, o conceito de integralidade é considerado um dos princípios orientadores das propostas de reforma para o setor de saúde desde 1980. Surge no SUS como resposta à dicotomia entre ações de caráter individual/curativas e ações do campo da saúde pública; além da precedência de uma atenção individual hospitalocêntrica frente à prevenção e promoção. Nesta perspectiva, em uma concepção de produção social da saúde (a saúde compreendida como um processo que pode ser melhorado ou deteriorado conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, que permite a ruptura com a ideia de um setor de saúde administrativamente definido e exige interdisciplinariedade e intersetorialidade), um sistema de atenção integral deverá ser um misto de práticas sanitárias e sociais, que intervindo nos estágios e nas múltiplas dimensões do processo saúde-doença busca resultados capazes de satisfazer as necessidades de saúde individuais e coletivas (GIOVANELLA et al., 2002).

Dessa forma, no nível da gestão, a integralidade refere-se a um sistema que garanta de forma articulada ações sanitárias de três tipos: promoção da saúde, prevenção da enfermidade e de acidentes e recuperação da saúde/cura e reabilitação, além de considerar uma abordagem holística da saúde dos indivíduos em sua dimensão biopsicossocial. Ou seja, a garantia da integralidade refere-se a atributos relacionados ao sistema de atenção e ao processo de atenção individual (GIOVANELLA et al., 2002).

Nesse enquadramento, o conceito de integralidade é composto por quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e 4) abordagem integral de indivíduos e famílias. Cada uma delas está relacionada a diferentes campos de intervenção, que são: política de definição de prioridades, organização do sistema de atenção, gestão do sistema e cuidado individual. Vale ressaltar, que a partir da explicação das dimensões do conceito de integralidade e da definição operacional de cada uma delas foi possível identificar critérios de verificação dos atributos referentes aos campos de ação (promoção, prevenção e recuperação) e os critérios transversais aos seus campos de ação (espaços das práticas). É importante esclarecer que este conceito de integralidade parte da indagação dos atributos de um sistema local de saúde, considerada imprescindível para o cumprimento dessa diretriz constitucional (GIOVANELLA et al., 2002).

Desse modo, na primeira dimensão - primazia das ações de promoção e prevenção: eixo condutor do modelo assistencial, o conceito operacional refere-se à realização de ações de promoção e prevenção de forma sustentada, garantidas por meio de ações intersetoriais, planejamento com participação social e recursos apropriados. Tem como critérios de verificação a presença de fóruns intersetoriais, projetos comuns às diversas secretarias, coerência das ações com os problemas de saúde local, monitoramento e avaliação de indicadores sociais e de ambientes, repartição de despesas, programas de educação em saúde e saúde do trabalhador (GIOVANELLA et al., 2002).

Na segunda dimensão - garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica: pressupõe oferta adequada de recursos tecnológicos para resolução dos problemas de saúde. O conceito operacional refere-se à oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, que implica em regionalização e hierarquização dos serviços articulados com fluxos e percursos definidos, ordenados conforme demanda populacional do território. Seus critérios de verificação são: centrais de marcação de consultas/exames especializados/internações, protocolos para doenças específicas, medidas de contrareferência, integração do Programa de Saúde da Família à rede, controle do fluxo de pacientes para outros municípios, monitoramento de filas de espera e de sua redução, consórcio intermunicipal de saúde, entre outros (GIOVANELLA et al., 2002).

Para a terceira dimensão - articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação: o nível de gestão do sistema de saúde, a articulação entre os campos de ação para alcançar atenção integral. O conceito operacional refere-se à integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os responsáveis por ações de caráter coletivo. Seus critérios de verificação são: existência de instância de integração, programação de ações articuladas de promoção, prevenção e reabilitação de acordo com os problemas locais de saúde, mecanismos de uso e definição de informações para vigilância em saúde, utilização das informações contidas nas declarações de nascidos vivos e existência de comitê de revisão de óbito na infância e materno (GIOVANELLA et al., 2002).

Na última dimensão - abordagem integral de indivíduos e famílias: operacionalizado como a realização de intervenção nas esferas biopsicossociais (profissional-usuário, unidade-usuário) e de integração de serviços na unidade e no sistema. Tem como critérios de verificação a existência de rede básica com população adscrita, estratégias de acolhimento, existência de Centros de Atenção Psicossocial, equipe multidisciplinar, oferta de práticas terapêuticas alternativas, realização de atividades de grupo entre outros (GIOVANELLA et al., 2002).

O conceito de integralidade pode ainda ser invocado como parte de uma imagem-objetivo, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas consideradas desejáveis; um conjunto de valores que se relacionam a um ideal de sociedade mais justa e solidária. Dessa maneira, para compreendê-la faz-se necessário abordar os sentidos possíveis para o termo no contexto de um sistema de saúde (MATTOS, 2009).

O primeiro sentido refere-se a um valor a ser sustentado e defendido como uma dimensão das práticas dos profissionais de saúde, que expressa a forma como os mesmos respondem aos pacientes. Questiona atitudes reducionistas dos profissionais de saúde, quando reconhecem o paciente apenas como um corpo com lesões ou em situações de risco, quando ressaltam a dimensão biológica do tratamento em detrimento das dimensões sociais e psicológicas. Aprofundando um pouco mais, significa articular prevenção com assistência, considerando a atitude do médico diante do encontro com seu paciente que aproveita o mesmo para apreciar fatores de riscos de outras doenças, ainda não expressas em sofrimento. Isso sem, contudo, render-se a um processo de medicalização da vida social, mas guiar-se por uma visão abrangente do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde dos sujeitos em tratamento (MATTOS, 2009).

O segundo sentido refere-se mais diretamente a um conjunto de atributos orientados à organização dos serviços e das práticas de saúde. Questiona a ausência de articulação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais e um modelo assistencial centrado nos hospitais. Significa horizontalizar práticas de programas anteriormente verticais, com a superação da fragmentação das atividades no interior das unidades, transformando-os em programas integrais e, além disso, considerar as práticas de saúde a partir do horizonte da população atendida e de suas necessidades, tendo em vista a articulação entre demanda espontânea e demanda programada. Desse modo, a integralidade surge como princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde por meio de uma busca contínua das possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população (MATTOS, 2009).

O terceiro sentido refere-se a atributos relacionados às respostas governamentais. Significa a formulação de uma política, e a recusa em reduzir, objetivar e descontextualizar os sujeitos sobre os quais essas políticas incidem, ampliando o horizonte de problemas a serem tratados. Diz respeito à incorporação de ações voltadas para a prevenção e de ações voltadas para a assistência, assegurando a garantia de acesso às técnicas de diagnóstico precoce e, conseqüentemente, o acesso às formas de tratamento necessárias em relação ao problema de saúde diagnosticado. Nesse aspecto, em uma perspectiva de integralidade, podemos ainda considerar a necessidade de transgredir os espaços das políticas setoriais, indo além dos recortes da saúde (MATTOS, 2009).

É necessário considerar que a discussão teórica e prática sobre a integralidade estão relacionadas à constituição e consolidação do Sistema Único de Saúde em um contexto de luta pela redemocratização no Brasil. No entanto, para sua compreensão é preciso avançar em uma discussão que vem sendo empreendida na literatura e que aparece como estratégia inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na atenção básica, tendo em vista a fragmentação dos modelos assistenciais e segmentação da rede de atenção: a integração dos serviços de saúde.

2.2.1 Integração dos Serviços de Saúde

Desde a Constituição Federal de 1988, a saúde foi inscrita como direito de cidadania a ser garantido pelo Estado mediante políticas econômicas e sociais, visando a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso a ações e serviços de saúde capaz de garantir o bem estar da população. Desde então, políticas para o fortalecimento do SUS vêm sendo desenvolvidas, mesmo diante de uma conjuntura internacional desfavorável, destacando-se em 1992 a divulgação do Relatório do Banco Mundial – Investindo em Saúde com uma clara indução à universalização de programas seletivos (ISAGS, 2014).

Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (2011) reforça a base teórica da atenção básica e sua importância para reestruturação do SUS, segundo modelo organizativo de Redes de Atenção à Saúde (ISAGS, 2014). Aqui, é importante considerar que o princípio de integralidade no SUS, somente será alcançado na medida em que pontos de atenção e de complexidade tecnológicas diferentes se comunicam a partir de uma base de atenção básica robusta (ISAGS, 2014). Ou seja, as redes de atenção, arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais; articuladas de forma complementar e com base territorial; com atributos de atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e porta de entrada referencial; constituída de equipe multidisciplinar, integrando e coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população, constituem-se em uma estratégia para um cuidado integral (BRASIL, 2012).

Nesse enquadramento, trazemos uma questão apresentada por Frenk (2009), quando discute que a ampla visão de atenção primária defendida em Alma-Ata (1978) tem gerado reações, conduzindo a uma divisão entre cuidado seletivo e cuidado integral. Vale ressaltar, que a ideia de cuidados primários em saúde provavelmente data de 1920 com a publicação do Relatório de Dawson no Reino Unido. Experiências como o modelo sul africano no início dos anos 1940, que integrou serviços de saúde curativo e preventivo em um projeto baseado na comunidade, são consideradas, entre outras.

O mesmo autor discute ainda que, na atualidade, com o objetivo de revitalizar as discussões referentes à atenção primária em saúde, o adjetivo “integrado” foi introduzido. Entretanto, é pertinente considerar o que mudou desde Alma-Ata na situação de saúde mundial? Esclarece

que, as simples prioridades em saúde não existem mais. Isso, devido a uma sobreposição de agendas, em que temos problemas de saúde de infecção e desnutrição, de um lado, associados a desafios emergentes de doenças não transmissíveis e transtornos mentais, por outro lado. Ao risco à saúde associados à globalização; ameaça de pandemias; consequências climáticas e disseminação de um estilo de vida nocivo e, ainda, uma divisão entre doenças agudas e crônicas, tornando-se cada vez mais uma condição de vida. Lidamos ainda com um sistema de saúde reformulado por profundas transformações: na ciência da vida, gerando diagnósticos e métodos terapêuticos mais adequados; telecomunicação, melhorando o acesso do cuidado para populações carentes; sistema de pensamento, permitindo-nos compreender e transformar complexidades; administração do conhecimento, gerando evidências que possam melhorar a base científica para políticas e o que tem sido chamado de revolução de direitos, transformando declarações abstratas em direito concreto para que as pessoas possam estar habilitadas para exigir.

Esse contexto passa a exigir diferentes respostas dos sistemas de saúde, com uma atuação dos profissionais e governos que seja capaz de evitar a fragmentação do cuidado; melhorar a equidade do acesso; a qualidade do atendimento e a eficiência global do sistema (WAIBEL et al., 2015). Ainda intensifica a necessidade de compreensão de novos modelos de organização dos serviços de saúde (FLEURY, 2006). Frenk (2009) esclarece que, para fortalecer o sistema de saúde é preciso conquistar um cuidado integrado, a integração entre intervenções, a integração entre o cuidado primário e o restante do sistema de saúde, sendo ainda necessário compreender que não podemos pensar o sistema de saúde apenas em termos de seus elementos (recursos humanos, financiamento, hospitais, centros de cuidados primários e tecnologias), mas, importantíssimo pensá-lo, em termos de suas interrelações.

Para Kodner & Spreeuwenberg (2002) o termo “cuidado integrado” possui diferentes interpretações e significados: administração do cuidado (Estados Unidos); cuidado compartilhado (UK); cuidado transmural (Netherlands); atendimento integral e gestão da doença. Essa lacuna na concepção do termo tem produzido um obstáculo para sua promoção teórica e prática. Assim, para compreender o significado de “cuidado integrado” faz-se necessário examinar sua raiz: “integração”. Essa vem do Latim “integer” e significa completar. Já o adjetivo integrado significa “orgânica parte de um todo”, usado para expressar o agrupamento ou fusão de elementos anteriormente separados. Por outro lado, a ideia de abrangente sobrepõe-se com a de integração, semelhante ao significado do verbo “diagnosis”

em Latim, que denota compreensão abrangente de uma situação, a necessidade de compreender a relação de elementos que constituem uma totalidade.

Vale ressaltar que, para esses autores, integração está no centro da teoria de sistemas e é fundamental para o desempenho organizacional, visto que as organizações são, em certa medida, estruturas hierárquicas compreendidas separadamente, mas com componentes interligados que devem realizar papéis complementares para desempenhar tarefas conjuntas. Trazendo essa discussão para o sistema de saúde, sem integração em vários níveis, todos os aspectos do sistema de saúde ficam prejudicados. Outro ponto abordado refere-se à aplicação da teoria de sistemas no campo médico, diante da preocupação de que uma tendência para especialização terminasse por desintegrar a prática profissional e fragmentar o cuidado ao paciente. Nesse sentido, profissionais têm sido chamados a uma abordagem centrada na pessoa com uma demanda para a coordenação dos cuidados, sendo estas recomendações estendidas para a atenção básica (KODNER; SPREEUWENBERG, 2002).

Outro aspecto enfatizado por Kodner & Spreeuwenberg (2001), refere-se à discussão de que a integração entre serviços de saúde permite melhor eficiência e efetividade, menos duplicação e desperdício, mais flexibilidade e melhor coordenação e continuidade do cuidado, encorajando uma abordagem multidimensional das necessidades em saúde. Contudo, isto não significa que todas as partes do sistema devam funcionar em uma integração completa e harmônica, sendo a descontinuidade inevitável em algumas situações. Desse modo, a integração pode ser considerada como um passo no processo de sistemas de saúde e prestação de cuidados cada vez mais completa e abrangente.

Ressaltamos que, em estudos realizados nas últimas décadas, para Jiwani & Fleury (2011), tem havido um crescente interesse no tema “sistema de distribuição integrada”, também referido como “redes de saúde integradas”, “rede de serviços integrados”, “rede de serviços organizados” e “organização de cuidados integrados”. Classificado como uma variedade de técnicas, processos e estruturas que reúnem diferentes fornecedores para promover a coordenação e continuidade dos cuidados e alcançar a eficiência do sistema. Ou seja, na prática, um sistema de distribuição integrado é um híbrido de diferentes dimensões de integração, uma vez que envolve uma dimensão funcional ou administrativa; clínica ou coordenação de serviços; profissional ou integração médica e organizacional ou relação entre diferentes organizações, além de ser essencial a integração normativa - divisão de valores e

cultura organizacional e profissional e a integração sistêmica - alinhamento de políticas e incentivos a nível organizacional. Além disso, consideram que a organização e a prestação de serviços integrados no sistema de saúde estão ligadas à dinâmica de fatores inter-relacionados em nível nacional e local. Contextos esses que incluem legados políticos e culturais que se autoperpetuam e indica uma trajetória de dependência mediados e reforçados por meio de uma variedade de mecanismos como instituições, incentivos financeiros, cultura organizacional, estado e atores profissionais e o público em geral, sendo preciso compreender como estes desafios podem ser negociados na prática nos diferentes países.

Diante da complexidade do tema (integração de serviços de saúde) e das mudanças necessárias para sua execução, estudos têm apresentado questões consideradas decisivas: o desenvolvimento de modelos organizacionais que incluam práticas clínicas que facilitem a integração e a implementação de mudanças efetivas nos serviços de saúde. Não obstante, essas têm sido prejudicadas em face da imprecisão do conceito de integração, como citado anteriormente, e pela escassez de estudos sobre redes de cuidados em saúde. Esta última pode beneficiar-se da teoria organizacional, sendo ainda enfatizada a importância de desenvolver uma classificação da relação entre organizações, tipos de integração ou de relação interorganizacional (FLEURY, 2006).

Nessa perspectiva, segundo Hartz & Contandriopoulos (2004), verifica-se que para se alcançar uma efetiva integração entre serviços é necessário desenvolver mecanismos próprios de coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais, para uma gestão eficiente dos recursos coletivos que respondam às necessidades de saúde individuais e coletivas a nível local e regional. Dessa maneira, integração em saúde implica em um processo em que é necessário criar e manter governança comum de atores e organizações autônomas, tendo como proposta a coordenação da interdependência. Assim, um sistema integrado de saúde tem como representação uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos.

Aprofundando um pouco mais nesse entendimento, um sistema integrado de saúde ou redes assistenciais, consiste na integração das dimensões: cuidados (coordenação durável das práticas clínicas, visando assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço); equipes clínicas (tem como

principais atributos a constituição multidisciplinar de seus integrantes e sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados e se apoiada na integração funcional); integração funcional (estratégias de gestão, financiamento e informação - coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros); integração normativa (visa garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores) e integração sistêmica (coerência das diferentes modalidades intergeracionais em todos os níveis de atuação - organização, território, região, estados - compreendendo que um projeto clínico que responda à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde não pode resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, as relações locais repercutindo nos demais níveis e instâncias políticas/decisórias) (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para Mendes (2011), as experiências de um sistema integrado de saúde tiveram início nos Estados Unidos nos anos de 1990, dando origem às propostas de Redes de Atenção à Saúde. Vale esclarecer, que o relatório de Dawson (1920) apresentou uma primeira descrição de redes regionalizadas como consequência dos debates que tratavam das mudanças do sistema de proteção social, após a Primeira Guerra Mundial, e que tinham como objetivo organizar a provisão de serviços de saúde à população de uma região (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). É importante distinguir, que as propostas de integração desenvolvidas nos Estados Unidos tinham como objetivo dar respostas a um sistema competitivo, fragmentado e de alto custo, utilizando estratégias de regionalização associadas à transferência de riscos financeiros e adoção de fortes mecanismos de controle do acesso aos serviços. Diferentemente de países que, apesar da variação, enfatizam universalização do acesso, equidade e integração como princípios, e regionalização e hierarquização como estratégias para integração em saúde (SILVA, 2011).

Na avaliação das redes de atenção, Mendes (2011) apresenta que as discussões realizadas foram baseadas em evidências de que estas se constituíam em saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, pois melhoravam os resultados sanitários e econômicos dos mesmos. Esclarece que para funcionar de forma efetiva, uma rede de saúde precisa estar estruturada com base nos fundamentos de economia de escala (qualidade e acesso, combina elementos de concentração e dispersão de diferentes pontos de atenção e sistemas de apoio, equilibrado com o critério de acesso); integração horizontal (se dá entre unidades produtivas iguais para alcançar ganho de escala e maior eficiência) e vertical

(acontece entre unidades produtivas diferentes); processos de substituição (reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços para alcançar melhores soluções e menores custos); territórios sanitários (com uma base populacional/territorial) e níveis de atenção (estruturados segundo densidades tecnológicas singulares). E conclui que uma rede de atenção à saúde é considerada como organizações poliárquicas, de um conjunto de serviços de saúde, vinculada por uma missão, com objetivos comuns em uma ação de cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma população, coordenada pela atenção básica de forma humanizada e com equidade, além de responsabilidade sanitária e econômica.

Segundo Silva (2011), a proposta de redes de atenção surge como alternativa para o planejamento de políticas que se tornaram mais presentes com a globalização da economia. Isso devido às alterações nos processos produtivos e interdependência entre as organizações, incluindo as transformações do estado, que passam a exigir modelos de gestão que implicam em parceria entre entes estatais e organizações sociais e empresariais.

Também, a Organização Pan Americana de Saúde (2014) aponta alguns atributos considerados básicos para o funcionamento de uma rede de atenção. Esses estão divididos por âmbitos de abordagens: modelo assistencial (população e território definido com conhecimento das necessidades de saúde, extensa rede de estabelecimentos de saúde de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, primeiro nível de atenção como porta de entrada de um sistema, prestação de serviços especializados, coordenação assistencial, atenção com ênfase na pessoa, na família e na comunidade); governo e estratégia (sistema único de governança, participação social, ação intersetorial); organização e gestão (gestão integrada em sistema de apoio clínico, administrativo e logístico, recursos humanos suficientes, sistema de informação) e incentivos (financiamento adequado).

Diante do exposto e no sentido de avançar para a efetivação de um Sistema Único de Saúde integrado, têm sido empreendidas discussões referentes à organização de um sistema de gestão compartilhada (descentralização e regionalização).

2.2.2 Gestão Compartilhada: descentralização e regionalização

Reformas para consolidação do SUS procuram oferecer condições favoráveis que estejam de acordo com as diretrizes de descentralização, integralidade da atenção e participação social. Todas as ações empreendidas têm como objetivo enfrentar a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; os programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação de serviços de saúde pública dos serviços assistenciais; uma atenção centrada na enfermidade, na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais não favoráveis à integração (SILVA, 2011).

Por sua vez, no sistema participativo e descentralizado no SUS, a sociedade passa a exercer o direito de participar das definições de prioridades para as ações de saúde, contando ainda, em cada esfera de governo, com instâncias colegiadas de discussão como: conferências de saúde e conselhos de saúde (BRASIL, 2013). Vale ressaltar, que os conselhos de saúde têm suas funções inseridas no plano da formulação, estabelecimento de diretrizes, estratégias e controle da execução das políticas de saúde em suas respectivas esferas de governo (ISAGS, 2014).

Para Silva (2011), é preciso considerar que, além de estabelecer a universalização do acesso, o SUS promoveu a descentralização, regionalização e integração com formação de redes assistenciais. Com isso, passou a exigir estratégias de articulação governamental para organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. Em consequência, ocorreu o fortalecimento de gestores estaduais e municipais por meio de um processo que envolveu várias negociações, gerando formatos de repartição de poder e de recursos (MACHADO et al., 2014).

Desse modo, o processo de descentralização, estabeleceu uma série de espaços institucionais para a tomada de decisão, com o objetivo de respeitar a autonomia dos entes federados e ainda possibilitar a coordenação do SUS. Nessa relação, cabe ao gestor federal formular as diretrizes e princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica, discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite – CIT (decisões tomadas por consenso e não por votação, com representação de estados e municípios). A CIT é uma instância para planejamento e implementação das políticas de saúde, com competência exclusiva para pactuação em algumas áreas estratégicas como: diretrizes gerais para a composição da

Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde nas regiões de saúde e as diretrizes nacionais, para financiamento e operacionalização das regiões de saúde transfronteiriças, respeitadas, as normas que regem as relações internacionais (Portaria nº 2.686, 2011). No âmbito dos estados estão constituídas as Comissões Intergestores Bipartite – CIB, com representação paritária da Secretaria Estadual de Saúde e órgão representativo das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS - Conselho dos Secretários Municipais de Saúde) (ISAGS, 2014).

Assim, na gestão compartilhada entre União, estados e municípios, o conselho de saúde de cada ente da Federação deve elaborar seu plano de ação, conforme prioridades estabelecidas pela Comissão Intergestoras Tripartite (CIT), ocorrendo as pactuações no nível estadual (Comissões Intergestoras Bipartite - CIB). Após pactuação entre estados e municípios, são publicadas portarias pelo Ministério da Saúde com o objetivo de dar publicidade aos acordos firmados e as transferência de recursos federais, além da organização da gestão nos diferentes níveis de governo em que a complexidade do sistema é considerada (BRASIL, 2013).

Com a normatização do processo de descentralização, normas de gestão do SUS são publicadas, estabelecendo os critérios de repasse dos recursos federais a estados e municípios. Na década de 1990, foram publicadas as normas operacionais básicas (NOB – SUS 91; NOB – SUS 92; NOB – SUS 93; NOB – SUS 96) e, posteriormente, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde, de 2001 e 2002 (Noas – SUS 2002). Em 2006, cada ente da Federação pode estabelecer seus compromissos sanitários por meio de um pacto com o governo federal, para atender às necessidades de saúde da população. Com isso, a portaria nº 399 Ministério da Saúde definiu as responsabilidades dos gestores e instituiu o Pacto da Saúde: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto de gestão, com o objetivo de estabelecer metas e objetivos sanitários e ainda envolver a sociedade na defesa do SUS (BRASIL, 2013).

Posteriormente, a Portaria MS/GM nº 699, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e da Gestão, e a Portaria MS/GM nº 698, substituída pela Portaria MS/GM nº 204, instituiu a nova forma de transferência de recursos federais designados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Vale ressaltar, que a publicação do Pacto pela Saúde procurava enfatizar a descentralização no SUS, dando ênfase ao processo de regionalização. Esse processo estava apoiado na criação de instâncias de gestão regionais, chamadas de Colegiados de Gestão Regional (CGR), e na elaboração de instrumentos de

planejamento que refletissem as realidades locais, promovendo a qualificação da gestão - Termos de Compromisso de Gestão/TCG (BRASIL, 2013).

Em 2011, com a publicação do Decreto nº 7508, que regulamenta a Lei nº 8080/90, verifica-se novo avanço. O decreto procura aprofundar as relações interfederativas no que se refere à organização e gestão do SUS e estabelece novos instrumentos: a RENASES, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); o mapa da Saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de Saúde; as regiões de Saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da Saúde (BRASIL, 2013). Com isso, orientou a constituição de redes regionalizadas e definiu as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para integração dos serviços de saúde a partir do Plano Diretor Regional, fazendo as devidas composições que respondam adequadamente às dinâmicas dos territórios com favorecimento da ação cooperativa intergestora. As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) são instâncias de governança regional nas quais os gestores municipais, em uma perspectiva de regionalização solidária, planejam e organizam a distribuição dos serviços, ações e trabalhadores da saúde para garantia do cuidado integral (ISAGS, 2014).

Existe acordo de que o processo de descentralização empreendido a partir dos anos 1990 representou importante avanço para o SUS, apesar de gerar uma série de desafios referentes a: atenção integral em saúde; padrões de qualidade no que se refere à infraestrutura; oferta de serviços e recursos humanos; responsabilidade pelo financiamento e a regionalização na saúde. Contudo, o modelo de descentralização, também favoreceu a conformação de sistemas municipais de saúde atomizados e desarticulados, com grau de resolutividade e capacidade de governo diferenciados, agravada pela insuficiente cooperação e apoio técnico das esferas estadual e federal (ISAGS, 2014).

Com a ampliação das responsabilidades da gestão local do SUS, os municípios passam a assumir a função de organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações de saúde no âmbito da atenção básica, tendo como referência: as necessidades no território; destinação de recursos próprios municipais; avaliação e monitoramento das ações de saúde; seleção, contratação e remuneração dos profissionais, além da educação permanente de recursos humanos; garantia da infraestrutura física das unidades; alimentação dos sistemas nacionais de informação; organização dos fluxos e garantia de referência na rede de serviços de saúde.

Como exemplo, podemos citar que: cabe aos municípios à decisão política de implementação da Estratégia Saúde da Família (ISAGS, 2014).

Nesse cenário, Viana & Machado (2009) ressaltam, que o SUS buscou fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo e democrático. Contudo, trazemos uma discussão empreendida por Santos (2015), quando acrescenta a urgente em se prosseguir no debate referente à descentralização das ações e serviços de saúde, no âmbito da atenção básica. Com essa compreensão, discute a urgência em se implantar um processo de regionalização, que considere a necessidade de integrar os serviços de saúde em uma Rede Regional de Saúde frente às necessidades de saúde da população.

2.3 Estratégia de Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi instituído em 1994, inicialmente como um programa vertical e seletivo e após incentivos financeiros do governo federal teve sua expansão impulsionada (ISAGS, 2014). No final da década de 1990, passa a ser considerada pelo Ministério da Saúde a principal estratégia estruturante de reforma da atenção básica, nos Sistemas Municipais de Saúde, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial e imprimir nova dinâmica na organização das ações e serviços de saúde (ESCOREL et al., 2007). Atualmente, o Programa de Saúde da Família é a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para destacar sua diferença em relação aos programas seletivos e ressaltar o potencial de uma “atenção básica forte” em construir novas formas de cuidado, com melhores resultados em relação aos indicadores de saúde (ISAGS, 2014).

Dessa maneira, a ESF respalda a participação da comunidade e age na proteção e promoção da saúde dos indivíduos e família, de forma integral e contínua (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), além de incorporar os princípios dos SUS, aproximando-se dos atributos de uma atenção primária preconizados por Starfield (ESCOREL et al., 2007).

Giovanella & Mendonça (2012) apresentam que o modelo de ESF preconiza equipes multiprofissionais, com definição de território e clientela adscrita, sendo necessário que reconheçam as famílias sob sua responsabilidade, para com isso identificar os problemas de saúde e situações de risco; estabelecer programação de atividades no enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; desenvolver ações educativas e relação intersetorial,

referente aos problemas identificados e prestar assistência integral. Além disso, define o generalista como profissional médico da atenção básica e instituem novos profissionais voltados para a atuação comunitária, os agentes comunitários de saúde.

Nessa perspectiva, para Rosa & Labate (2005), a Estratégia de Saúde da Família configura-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, indo além do indivíduo doente e tendo na família o centro de atenção. Com isso, imprime uma nova visão de intervenção e uma nova dinâmica de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Essas, entendidas como porta de entrada preferencial e o primeiro nível de atenção na rede de serviços (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Com esse entendimento, se impôs a necessidade de transformação da forma de funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes de saúde, passando a exigir de seus trabalhadores, gestores e usuários maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para estabelecimento de práticas transformadoras, além da gestão de mudanças (BRASIL, 2012).

A qualidade da gestão e das práticas das equipes de atenção básica assume, portanto, grande relevância para os gestores no SUS (BRASIL, 2012). Segundo Contandrioupolos (2006), países desenvolvidos têm empreendido esforços para institucionalizar a prática da avaliação com o objetivo de melhorar os sistemas de saúde. Contudo, não basta institucionalizar a avaliação, é preciso que essa seja capaz de fornecer informações e julgamentos necessários que possibilite às instâncias decisórias melhorar os sistemas de saúde, no caso do Brasil, o desempenho do SUS.

2.4 Avaliação em Serviços de Saúde

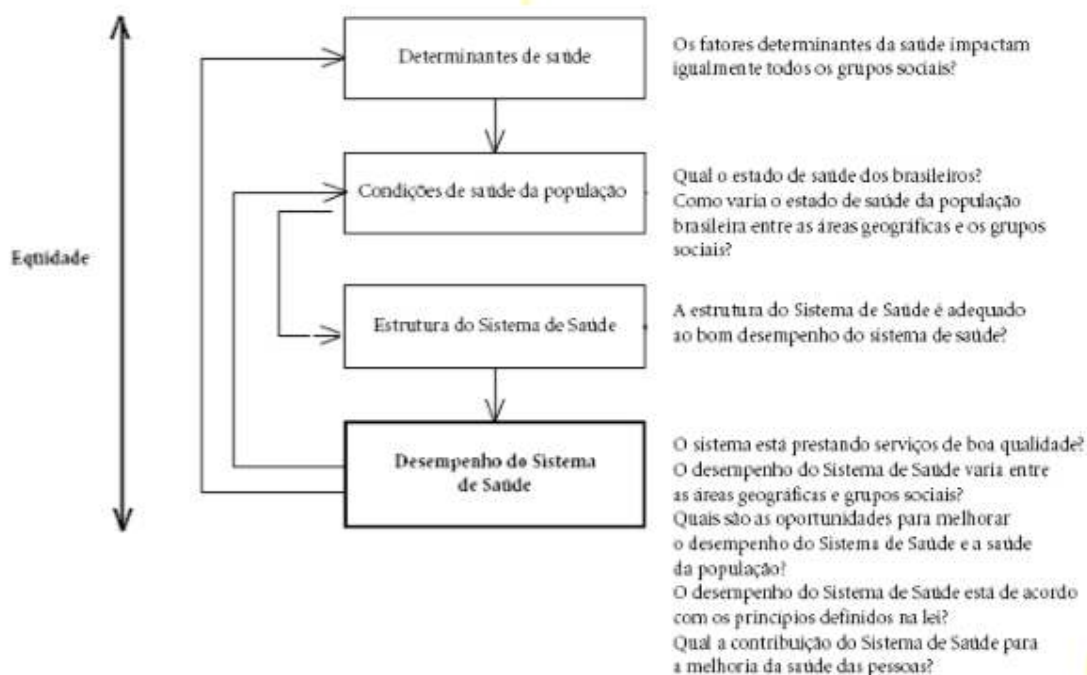
Em um contexto de fragmentação dos sistemas de serviços de saúde, que conduziu a uma situação de pouca resolutividade frente as necessidade de saúde da população, a implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde assumiu relevância na última década. Com esse entendimento, existe o consenso de que as decisões de reformulação sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas que tenham como base um ciclo que envolva o planejamento, execução, avaliação e ação, com o objetivo de readaptar os conhecimentos para tomada de decisões e produzir informações necessárias para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil, o Programa de Avaliação para Qualificação do SUS, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, tem como objetivo analisar as dimensões de acesso e qualidade a partir de indicadores que sejam capazes de medir e refletir a situação atual das redes de serviços de saúde. Desse modo, por meio da avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde componentes do SUS, o programa pretende avaliar aspectos essenciais da gestão e da atenção. Com isso, na perspectiva da integralidade, deverá contemplar ações e serviços de promoção e prevenção; atenção básica; atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade; atenção às urgências e emergências; assistência farmacêutica e atenção à saúde bucal e mental, devido às suas especificidades (CONASS, 2011).

As diretrizes que compõem o programa referem-se às necessidades de: avaliar para detectar problemas; avaliar com o objetivo de contemplar e discriminar as especificidades das esferas de gestão municipal, estadual e federal e considerando ainda suas diferenças socioeconômicas, perfil de morbimortalidade e suficiência de estrutura; avaliar os sistemas de saúde em suas potências de ação sobre os determinantes e condições de saúde da população; fazer da avaliação um dos meios para buscar a equidade no tratamento com os sistemas de saúde e tomar a avaliação como um processo em construção, entre outras (CONASS, 2011).

Para melhor compreensão apresentamos o modelo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde utilizado no programa, que tem como fundamento teórico o Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) (Figura 1).

Figura 1: Modelo de Avaliação de Desempenho dos Sistemas de Saúde



Fonte: (CONASS, Nota Técnica 12/2011).

Nessa estrutura de avaliação, os determinantes de saúde ambientais, sociodemográficos, comportamentais e biológicos dão as condições de saúde da população expressas pelo bem estar, estado funcional, morbidade e mortalidade; que por sua vez são identificadas pelos problemas de saúde considerados prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção (discriminar seus impactos em diferentes regiões geográficas e grupos sociais). Esse perfil de morbimortalidade indica as necessidades de saúde que podem ser confrontadas com a adequação da estrutura do sistema de saúde, caracterizada pela condução, financiamento e recursos, que pode ser avaliada em seu desempenho (acesso, aceitabilidade, respeito aos direitos das pessoas, continuidade, adequação, segurança, eficiência e efetividade) com o objetivo de transformar as condições de saúde e seus determinantes (CONASS, 2011).

Em se tratando de avaliação em serviços de saúde, podemos citar ainda o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool), criado na Johns Hopkins Primary Care Policy. Esse foi elaborado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (estrutura, processo e resultado), medindo a presença e extensão dos atributos derivados da APS (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação das ações e serviços de saúde, orientação comunitária e atenção centrada na família e competência cultural). Apresenta, originalmente,

versões autoaplicáveis destinadas às crianças, adultos maiores de 18 anos e profissionais de saúde, além do gerente do serviço de saúde (MOTA; DAVID, 2015).

Atualmente, tendo como diretriz executar uma gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de resultados mensuráveis, o Ministério da Saúde tem empreendido esforços para ajustar as estratégias da PNAB (2011) com o objetivo de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica e estimular a ampliação do acesso e da qualidade no contexto do País. Nesse cenário, insere-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), enquanto um importante produto de negociação e pactuação das três esferas de governo da gestão do SUS que debateu e formulou um desenho de programa que pudesse ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da AB em todo o Brasil (BRASIL, 2012).

2.4.1 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)

Tendo em vista o aumento no alcance da cobertura pela Saúde da Família e, sendo essa uma estratégia para reforma da atenção básica com potencial de reorientar o modelo assistencial, a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes de AB assume relevância no debate entre gestores, profissionais e usuários do SUS (BRASIL, 2012).

Diante dessa realidade, dentre as várias iniciativas do Ministério da Saúde para qualificação da atenção básica, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB 2012), foi instituído pela Portaria 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica em todo o país (BRASIL, 2012).

O PMAQ foi realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior e tinha como objetivo principal induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, estabelecendo padrões de qualidade comparável a nível nacional, regional e local e garantindo maior transparência e efetividade das ações governamentais. Além disso, buscava ampliar o impacto da atenção básica sobre as condições de saúde da população; incentivar maior conformidade das unidades básicas com os princípios da atenção básica; promover a qualidade e inovação na

gestão da atenção básica; institucionalizar uma cultura de avaliação da atenção básica no SUS e estimular o foco no usuário (BRASIL, 2012).

Com esse entendimento, o PMAQ pretende enfrentar desafios relacionados à precariedade da rede física e ambiência pouco acolhedora das unidades básicas de saúde; as inadequadas condições de trabalho e necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, além de sobrecarga com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade; a pouca integração das equipes de AB com a Rede de Atenção à Saúde com baixa integralidade e resolutividade das práticas de saúde e financiamento insuficiente e inadequado da atenção básica (BRASIL, 2012).

É importante considerar que a estruturação do desenho do programa foi norteada pelas diretrizes apresentadas abaixo:

1. Ter parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, sendo as diferentes realidades de saúde consideradas;
2. Processo contínuo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade, envolvendo a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de atenção básica;
3. Transparência em todas as suas etapas;
4. Mobilizar e responsabilizar as esferas de gestão do SUS, equipes e usuários, envolvendo-os em um processo de mudança de cultura da gestão e qualificação da atenção básica;
5. Desenvolver um processo de negociação que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
6. Incentivar mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e orientação dos serviços, tendo em vista as necessidades e satisfação dos usuários;
7. Possuir caráter voluntário de adesão das equipes e gestores municipais, visto que o sucesso está relacionado à motivação dos atores envolvidos

Nessa perspectiva, sua organização e desenvolvimento estavam estruturados em quatro fases de implantação, conforme descrito abaixo:

1. Adesão e contratualização: etapa formal de adesão que consiste na contratualização de compromissos e indicadores entre as Equipes de Atenção Básica e gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde. Nesse processo, estavam presentes a pactuação local, regional, estadual e o controle social.

2. Desenvolvimento: conjunto de ações para qualificação do processo de trabalho das equipes e da gestão, no intuito de desencadear processos de mudanças. Esta fase está organizada em quatro dimensões: a) ações de educação permanente, b) apoio institucional, c) monitoramento de indicadores e d) realização de processos de autoavaliação.

3. Avaliação externa: conjunto de ações que buscavam verificar as condições de acesso e qualidade dos municípios e equipes de atenção básica participantes do programa, identificando os esforços e resultados alcançados na qualificação da Atenção Básica. Foi dividida em duas dimensões: a) certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais participantes do programa e b) avaliação do acesso e da qualidade da atenção básica, não relacionada ao processo de certificação. Todo o processo de avaliação externa será conduzido por instituições de ensino contratadas pelo Ministério da Saúde.

4. Recontratualização: ocorreu após a certificação das equipes de atenção básica e conduziu a processos de repactuação entre equipes e gestores, devendo haver um incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando o avanço do Programa (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar, que no PMAQ, a atenção básica é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde, deve orientar-se pelos princípios e diretrizes do SUS e que busca produzir uma atenção integral, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas que envolva a promoção, proteção e a recuperação da saúde, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes de saúde (BRASIL, 2012).

2.5 A técnica de análise utilizada no estudo - Teoria de Resposta ao Item

A Teoria de Resposta ao Item foi sendo elaborada aos poucos (desde os anos 50) por vários autores, porém tem como responsável mais direto Frederic Lord (1952, 1953) (PASQUALI; PRIMI, 2003). Desde então vem sendo aplicado como alternativa aos testes tradicionais,

sendo utilizada em várias áreas do conhecimento, principalmente em situações de medidas educacionais e psicológicas, propondo modelos para os traços latentes (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Para Pasquali e Primi (2003), a TRI demonstra por meio de uma fórmula matemática, a relação entre variáveis observáveis (itens de um teste) e variáveis hipotéticas não observáveis ou aptidões (traço latente – representada na TRI com a letra grega θ), assumindo dois postulados básicos:

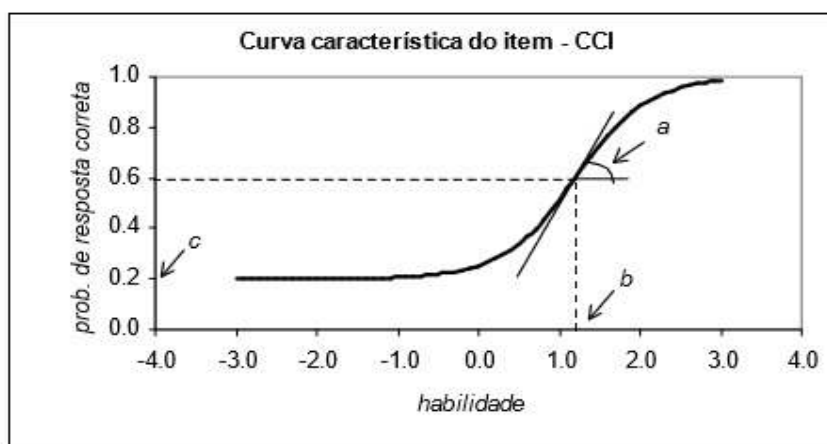
1. O desempenho do indivíduo pode ser predito a partir de um conjunto de fatores ou variáveis hipotéticas;
2. A relação entre o desempenho e os traços latentes pode ser descrita por uma equação matemática monotônica crescente, a Curva Característica do Item (CCI) (Figura 2).

Na TRI, os modelos propostos dependem fundamentalmente: da natureza do item (dicotômico ou não dicotômico); do número de populações envolvidas (uma ou mais de uma) e da quantidade de traços latentes mensurados (apenas um ou mais de um). Entre os dicotômicos, os mais utilizados são os modelos logísticos para itens dicotômicos, classificados em: a) modelo de 1 parâmetro: utiliza somente o parâmetro de dificuldade do item; b) modelo de 2 parâmetros: utiliza os parâmetros de dificuldade e discriminação e c) modelo de 3 parâmetros: utiliza a dificuldade, discriminação e a probabilidade de resposta correta dada por indivíduos de baixa habilidade. Nos modelos não dicotômicos os itens são avaliados de forma graduada, pois possuem uma ou mais categorias intermediárias ordenadas entre o certo e o errado. Entre eles, podemos citar Modelo de Resposta Nominal; Modelo de Resposta Gradual de Samejima; Modelo de Escala Gradual, entre outros (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

De acordo com o gráfico da CCI, na figura 2, é possível perceber que a relação proposta no modelo (indivíduos com maior habilidade possuem maior probabilidade de acertar ao item) não é linear. A CCI tem sua forma “S” com inclinação e deslocamento definidos pelos parâmetros dos itens. A escala de habilidade é arbitrária, pois o importante são as relações de ordem existentes entre seus pontos e não sua magnitude. O parâmetro (b) é medido na escala de habilidade e o parâmetro (c) não depende dela, pois como se trata de uma probabilidade assume valores entre 0 e 1. Desse modo:

1. parâmetro (b): dificuldade ou (de posição) representa habilidade necessária para uma probabilidade de acerto igual a $(1+c)/2$;
2. parâmetro (c): acerto ao acaso, representa a probabilidade de indivíduos com baixa habilidade acertarem ao item e
3. parâmetro (a): discriminação (ou de inclinação), com valor proporcional à inclinação da CCI - baixos valores de (a) indicam pouco poder de discriminação do item (indivíduos com habilidades muito diferentes têm aproximadamente a mesma probabilidade de responder o item corretamente) e valores muito altos de (a) indicam CCI íngremes (discriminam os indivíduos que possuem habilidade abaixo do valor de (b) e os que possuem habilidades acima do valor de (b)) (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Figura 2: Exemplo de uma Curva Característica do Item - CCI



Fonte: (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000 p. 11)

Em conjunto à CCI, outra medida muito utilizada é a função de Informação do Item, que permite analisar o quanto um item contém de informação para a medida do traço latente. Também, a função de informação do teste representa a soma das informações fornecidas por cada item (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Também, usa-se no contexto da TRI, os termos estimação do nível de habilidade e estimação ou calibração dos itens. O primeiro significa que o modelo determina o nível de teta (θ) para cada um dos respondentes e o segundo, significa caracterizar os itens por meio dos valores numéricos de seus parâmetros. Aqui, é preciso considerar situações diferentes para a

estimação: a) parâmetros dos itens são conhecidos e pretende-se estimar o nível de habilidade dos respondentes; b) nível de habilidade dos respondentes é conhecido e pretende-se estimar os parâmetros dos itens e c) quando deseja estimar parâmetros dos itens e níveis de habilidade (ANDRADE; LAROS; GOUVEIA, 2010). Esta etapa é uma das mais importantes da TRI e geralmente é estimada pelo Método da Máxima Verossimilhança, como por ex: algoritmo Newton-Raphson (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

Entre as características da TRI, a suposição de unidimensionalidade e independência local merecem destaque especial. A unidimensionalidade assume que o conjunto de itens está medindo um único traço latente, devendo haver apenas uma habilidade responsável pela realização de todos os itens, sendo verificada através da análise fatorial. Para a segunda, assume que para uma habilidade as respostas dos diferentes itens são independentes (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a integração da atenção básica à rede assistencial do SUS, utilizando os dados do PMAQ-AB, Brasil, 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Propor uma classificação de níveis de integração da Atenção Básica à rede assistencial do SUS.
2. Aplicar a classificação dos níveis de integração propostos para analisar a integração entre atenção básica e a rede assistencial do SUS.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, que utilizou o banco de dados de base nacional do inquérito de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB 2012).

4.2 População de estudo

Equipes de Atenção Básica que aderiram voluntariamente ao primeiro ciclo do PMAQ-AB e responderam ao questionário de avaliação externa (N= 17.202), cerca de 50% das equipes cadastradas no período. As equipes de saúde estavam distribuídas nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste no país.

4.3 Descrição das variáveis

As questões selecionadas para o estudo compõem o Módulo II do questionário de avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ-AB. O instrumento utilizado no inquérito era constituído de questões organizadas em três módulos: Módulo I – Observação da Unidade de Saúde (respondido por profissional da equipe de AB com conhecimento sobre a infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos da Unidade Básica); Módulo II - Entrevista com profissional da equipe de AB e verificação de documentos na Unidade Básica Saúde (o questionário foi respondido por profissional de nível superior indicado previamente pela equipe e que deveria possuir o maior conhecimento sobre o processo de trabalho. Em relação à saúde bucal, o profissional indicado para responder ao questionário deveria ser da própria equipe) e Módulo III - Entrevista na unidade de saúde com usuário, verificando a percepção e satisfação do usuário quanto aos serviços de saúde em relação ao seu acesso e utilização (aplicado a 4 usuários presentes no dia da avaliação externa e que tinham passado por consulta com médico, enfermeiro ou dentista) (BRASIL, 2012).

Foram selecionadas inicialmente 43 questões que avaliavam a integração da rede de atenção à saúde e o apoio matricial à equipe de atenção básica (ANEXO I). A escolha utilizou como pressuposto as discussões teóricas sobre a necessidade e importância de articulação entre a

atenção básica e os demais níveis de complexidade do sistema de saúde. E aquelas relacionadas ao apoio matricial, que objetiva assegurar retaguarda assistencial e apoio técnico pedagógico às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde.

Primeiramente, as 43 (quarenta e três) questões selecionadas foram categorizadas e ordenadas em cenários, sendo classificado o “NÃO” e “NÃO SE APLICA” como pior cenário; “SIM” como melhor cenário e “NÃO SABE/ NÃO RESPONDEU” como valor faltante. Em seguida, ajustado o modelo de Resposta Gradual de Samejima (GRM) às 43 questões, que são tratadas como itens no estudo. Foram estimados os parâmetros de inclinação (a) e de posição (b), a partir dos quais foram geradas as Curvas Características do Item (CCI) e Curva de Informação. Para alguns itens, o exame da CCI indicou que a categorização da resposta utilizada não permitia que o item tivesse utilidade na discriminação das equipes quanto ao seu nível de integração. Assim, realizou-se nova categorização e novo ordenamento de cenários a partir da junção de categorias de respostas adjacentes àquelas que apresentaram problemas. O modelo GRM foi ajustado ao novo conjunto de dados e foram geradas novas CCI e Curva de Informação. Esse processo foi repetido até que todos os itens incluídos apresentassem CCI que evidenciassem a utilidade desses itens para discriminar as equipes quanto ao seu nível de integração em pelos menos uma parte da escala de valores desses níveis. Foram excluídos aqueles itens que não diferenciavam os respondentes na escala de habilidade ou que, por meio da análise da matriz de correlação policórica dos itens apresentavam redundância com outros itens, sendo um total de 24. As 19 questões (ou itens) selecionadas para o estudo encontram-se descritas no quadro 2, apresentadas por subdimensão após categorização e ordenamento de cenários conforme o Modelo de Resposta Gradual de Samejima.

Quadro 2: Questões do PMAQ-AB, Brasil, 2012, Módulo II - Questionário de Avaliação Externa, apresentadas por subdimensão, com suas respectivas categorias de resposta, após categorização e ordenamento, conforme o Modelo de resposta gradual de Samejima*.

SUBDIMENSÃO	CÓDIGO PERGUNTA NO PMAQ-AB	PERGUNTAS	CATEGORIAS DE RESPOSTA**
Apoio Matricial à Equipe de Atenção Básica	II_12_2_1	A Equipe de Atenção Básica recebe apoio de Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	(1) Não (2) Sim
	II_12_2_2	A equipe de atenção básica recebe apoio de profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	(1) Não (2) Sim
	II_12_2_4	A equipe de atenção básica recebe apoio de profissionais Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais) para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	(1) Não (2) Sim - de 1 a 10 profissionais (3) Sim - > 10 profissionais
	II_12_4	Qual a frequência que a equipe recebe o apoio?	(1) Não – não indicado (2) Sim-Trimestral/Semestral/Sem periodicidade definida (3) Sim-Semanal/Quinzenal/Mensal
	II_12_5	Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto a sua equipe? II_12_5_1: Consultas médicas de pacientes em atenção básica. II_12_5_2: Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores. II_12_5_3: Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica II_12_5_4: Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da atenção básica. II_12_5_5: Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica. II_12_5_6: Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial. II_12_5_7: Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe. II_12_5_8: Realizam visitas com os profissionais de sua equipe.	(1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim (1) Não - (2) Sim
	II_18_2	Quais centrais de marcação disponíveis? 1. Marcação de consulta especializada 2. Marcação de exames 3. Marcação de leitos	(1) Não possui central marcação (2) Sim - Possuem de 1 a 2 centrais de marcação (3) Sim - Possui todas as centrais de marcação
	II_18_5	Indique quais são as referências e fluxos definidos. 18_5_1: Agendamento de atendimentos para casos de suspeita de Ca de mama 18_5_2: Agendamento atendimento casos suspeitos Ca do colo útero 18_5_3: Parto (materno)	(1) Não - Equipes que não possuem fluxos e que possuem somente fluxos básicos (Exame sorológico VDRL e exame Anti-

Integração da Rede de Atenção à Saúde: ordenamento e definição de fluxos		18_5_4: Exame sorológico para VDRL na gestante 18_5_5: Exame sorológico para anti-HIV gestante 18_5_6: Exame glicose 18_5_7: Urocultura ou sumário de urina (urina Tipo I) 18_5_8: Ultrassonografia gestante 18_5_9: Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)	HIV para gestantes, glicose, urocultura, ultrassonografia); (2) Sim - Equipes que possuem fluxos básicos e não básicos.
	II_18_6	Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os pacientes encaminhados?	(1) Não - Nunca (2) Sim - Às vezes (3) Sim - Sempre
	II_18_7	Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica?	(1) Não - Nunca (2) Sim - às vezes/Sempre
	II_18_9	Qual o fluxo institucional de comunicação? II_18_9_1: Discussão de casos II_18_9_2: Reuniões técnicas com os especialistas da rede II_18_9_3: Teleconferência II_18_9_4: Telessaúde II_18_9_5: Prontuário Eletrônico II_18_9_6: Comunicação Eletrônica II_18_9_7: Ficha de referência/contrarreferência com história detalhada e sugestões de conduta.	(1) Não possui fluxo (2) Sim – possuem de 1 a 3 fluxos (3) Sim – possuem > 4 fluxos
	II_18_10	Qual é o fluxo institucional de comunicação? Canal de comunicação? Telefone/ Internet	(1) Não possuem canal de comunicação (2) Sim - possuem canal de comunicação
	II_18_11	Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefone e/ou e-mails?	(1) Não (2) Sim

Fonte: PMAQ-AB 2012 (BRASIL, 2012).

*Modelo Samejima: assume que as categorias de respostas de um item podem ser ordenadas entre si.

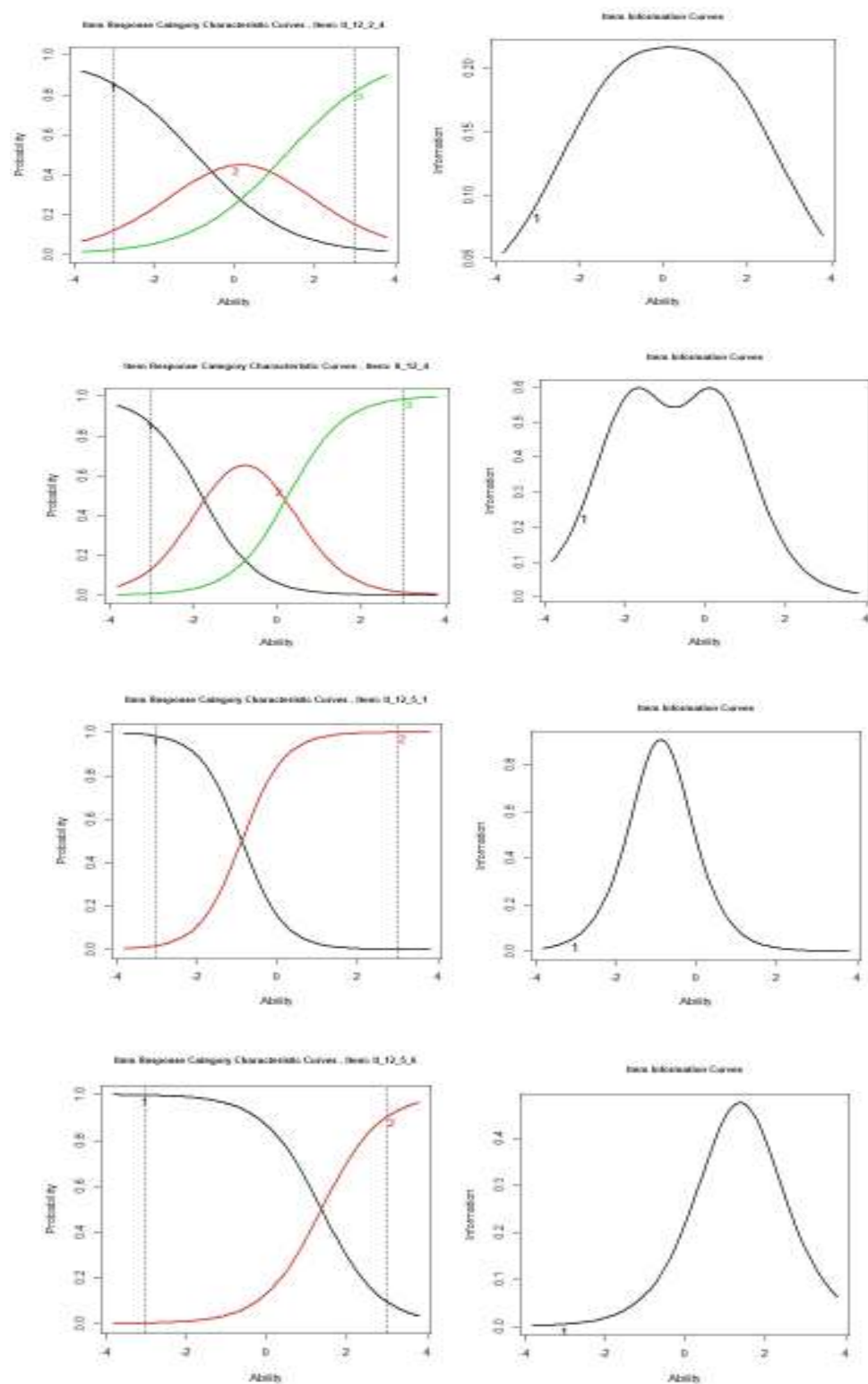
** categorias de respostas organizadas do pior para o melhor cenário, sendo: para as perguntas categorizadas em dois cenários: 1= Não (pior cenário) e 2= Sim (melhor cenário). E para as perguntas categorizadas em três cenários: 1= Não (pior cenário), 2= Sim (cenário intermediário) e 3= Sim (melhor cenário).

4.4 Análise

O estudo utilizou a técnica de Teoria de Resposta ao Item (TRI), que é um conjunto de modelos matemáticos utilizados para estimar os valores para uma variável de interesse que não pode ser medida diretamente a partir de variáveis secundárias, que são mensuráveis e, que tenham relação com a variável de interesse. Os modelos de TRI descrevem a relação entre a probabilidade da resposta de um respondente a um dado item, em função de seu nível de habilidade (BAKER, 2001). O nível de habilidade pode, teoricamente, assumir qualquer valor real entre $-\infty$ a $+\infty$. Esses níveis são escolhidos de modo a representar, respectivamente, o valor médio e o desvio-padrão das habilidades dos indivíduos da população em estudo (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). No estudo, o modelo representa a probabilidade de uma equipe de AB escolher a uma categoria de resposta de um item em função de seu nível de integração à rede assistencial do SUS.

O Modelo de Resposta Gradual de Samejima (GRM) assume que as categorias de respostas de um item podem ser ordenadas entre si, pois procura conseguir mais informação das respostas dos indivíduos e não simplesmente saber se eles deram respostas esperadas ou não (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). Utilizado o software SPSS para categorizar e ordenar as questões utilizadas no estudo, do pior para o melhor cenário. O ajuste do GRM não exige que os itens tenham o mesmo número de categorias de respostas, sendo assim, algumas questões foram ordenadas em dois, e, outras, em três cenários. A figura 3 exemplifica a representação gráfica da CCI e da Curva de Informação do Item das questões com respostas ordenadas em três cenários e em dois cenários, respectivamente: “II_12_2_4/II_12_4/II_12_5_1/II_12_5_6”. Para os itens “II_12_2_4 e II_12_4” o pior cenário é o (1 = Não); o cenário intermediário (2 = Sim) e o melhor cenário (3 = Sim). Para os itens “II_12_5_1 e II_12_5_6” o pior cenário é o (1 = Não) e o melhor cenário (2 = Sim). O pico da Curva de Informação do Item permite observar em qual intervalo da escala de habilidade o item fornece mais informação para a medida da habilidade.

Figura 3: Representação Gráfica da Curva Característica do Item e da Curva de Informação do Item para as perguntas: II-12_2_4/II-12_4/II_12_5_1/II_12_5_6, respectivamente.

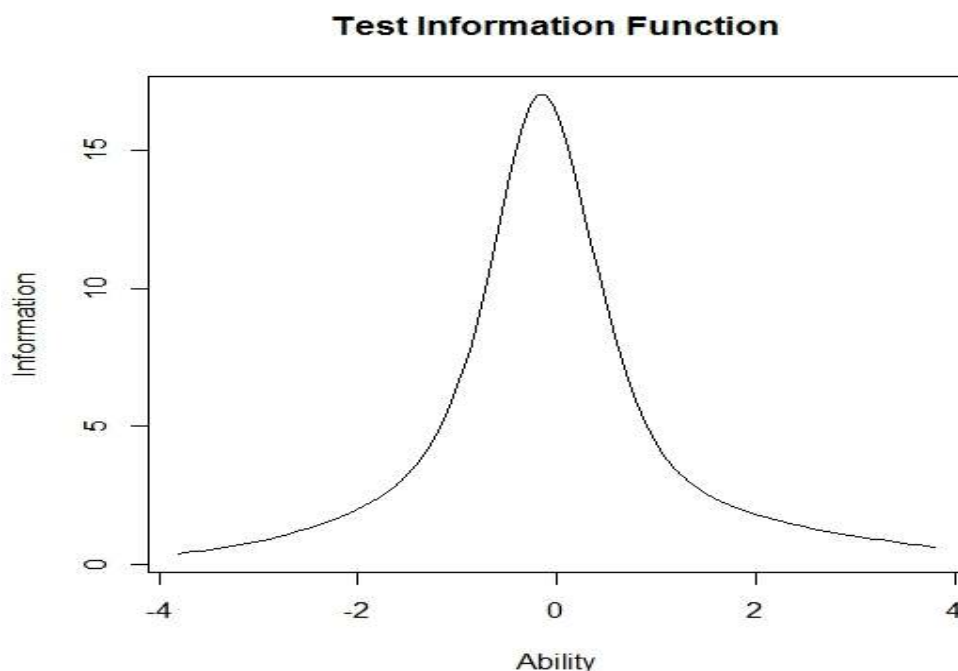


A CCI é traçada de acordo com os parâmetros (a) e (b) . O primeiro, denominado parâmetro de discriminação, descreve o quanto um item pode diferenciar os respondentes que possuem habilidade abaixo ou acima do valor do parâmetro de posição (b) . O parâmetro (b) , denominado parâmetro de localização, indica se o item exige muita ou pouca habilidade do respondente (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). A CCI foi utilizada para verificar os itens que possuíam maior discriminação dos respondentes e em qual região da escala de habilidade essa discriminação acontecia (parâmetro b , que varia de -3 a 3) (BAKER, 2001). As CCI foram produzidas no ambiente R, com o uso do pacote *(ltm)*. As CCI e Curva de Informação dos 19 itens utilizadas no estudo são apresentadas (APÊNDICE I).

Para identificar os itens com maior poder de discriminação das equipes, foram verificados os que apresentavam altos valores de (a) . Esse valor indica a inclinação da curva no ponto de inflexão que é dado por (b) . Dessa forma, foi possível identificar os itens com a melhor discriminação das equipes em cada nível ao longo da escala de habilidade. O valor de (b) indica a região da escala de habilidade onde ocorre essa discriminação, sendo valor alto e positivo (alta habilidade); valor próximo de zero negativo ou positivo (média habilidade) e valor alto e negativo (baixa habilidade).

A figura 4 apresenta a Curva de Informação do Teste, uma representação gráfica da função de informação do conjunto dos itens utilizados, que identifica para qual intervalo da escala de habilidade o teste tem maior poder de discriminação (ANDRADE; TAVARES; VALE, 2000). Este intervalo foi utilizado como referência para classificação dos níveis de integração no estudo, sendo: baixa (-3 a -1); média (-1 a 1) e alta (1 a 3) integração.

Figura 4: Curva de Informação do Teste



A adequabilidade do modelo requer que as suposições de unidimensionalidade e independência local sejam atendidas, o que significa, respectivamente, que o conjunto de itens deve estar medindo um único traço latente e que, para uma dada habilidade as respostas dos indivíduos, para qualquer item, são independentes (BAKER, 2001).

Para avaliação da consistência interna do conjunto de itens foi calculado o coeficiente Cronbach's alpha. A matriz de correlação policórica foi utilizada para avaliar a redundância entre os itens. Para avaliar a suposição de unidimensionalidade foi utilizada a análise de componentes principais e o coeficiente de Spearman foi utilizado para avaliar a correlação de cada item com o escore final de integração.

Para significação dos escores, elaborou-se dicionário em que cada categoria de resposta do item era representada por um conjunto de palavras que pudesse distingui-las. Em seguida, por nível de habilidade definido no estudo, foi utilizada a técnica de visualização da nuvem de palavras que possibilitou identificar o perfil das equipes.

4.5 Critérios éticos

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

Os resultados apresentados representam a avaliação da integração da atenção básica à rede assistencial do SUS para as (N=17.202) equipes de saúde que participaram do PMAQ 2012. Das 43 questões selecionadas inicialmente do questionário de avaliação externa, 24 foram excluídas, pois o exame de sua CCI indicou que a categorização das respostas utilizadas não permitia que a questão tivesse utilidade na discriminação das equipes quanto ao seu nível de integração. Permaneceram no estudo 19 questões, que na técnica utilizada para análise (TRI), são chamadas de itens.

Os escores das equipes de saúde tiveram valor mínimo de (-2.175) e máximo de (2.412). A mediana dos escores foi igual a (0.085) e a média (-0,005). O primeiro e o terceiro quartis foram iguais a (-0,502 e 0,589), respectivamente.

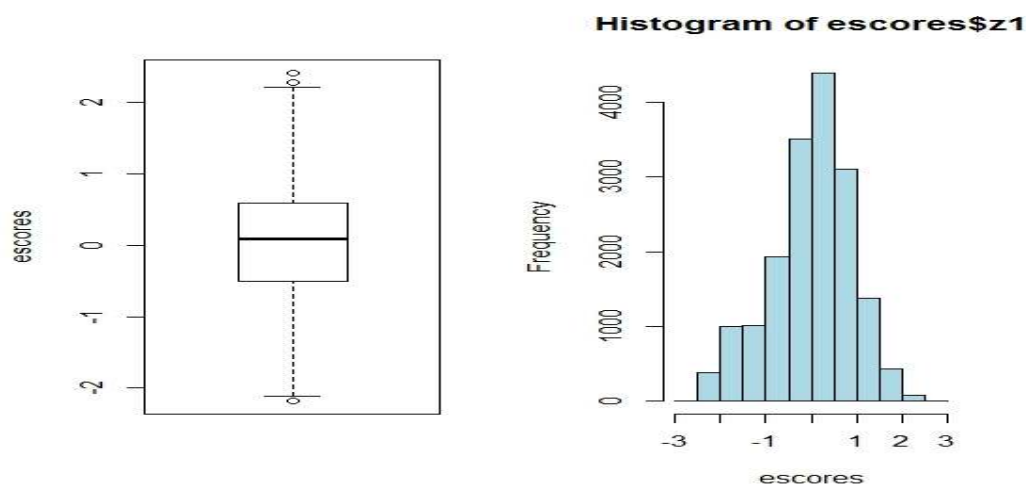
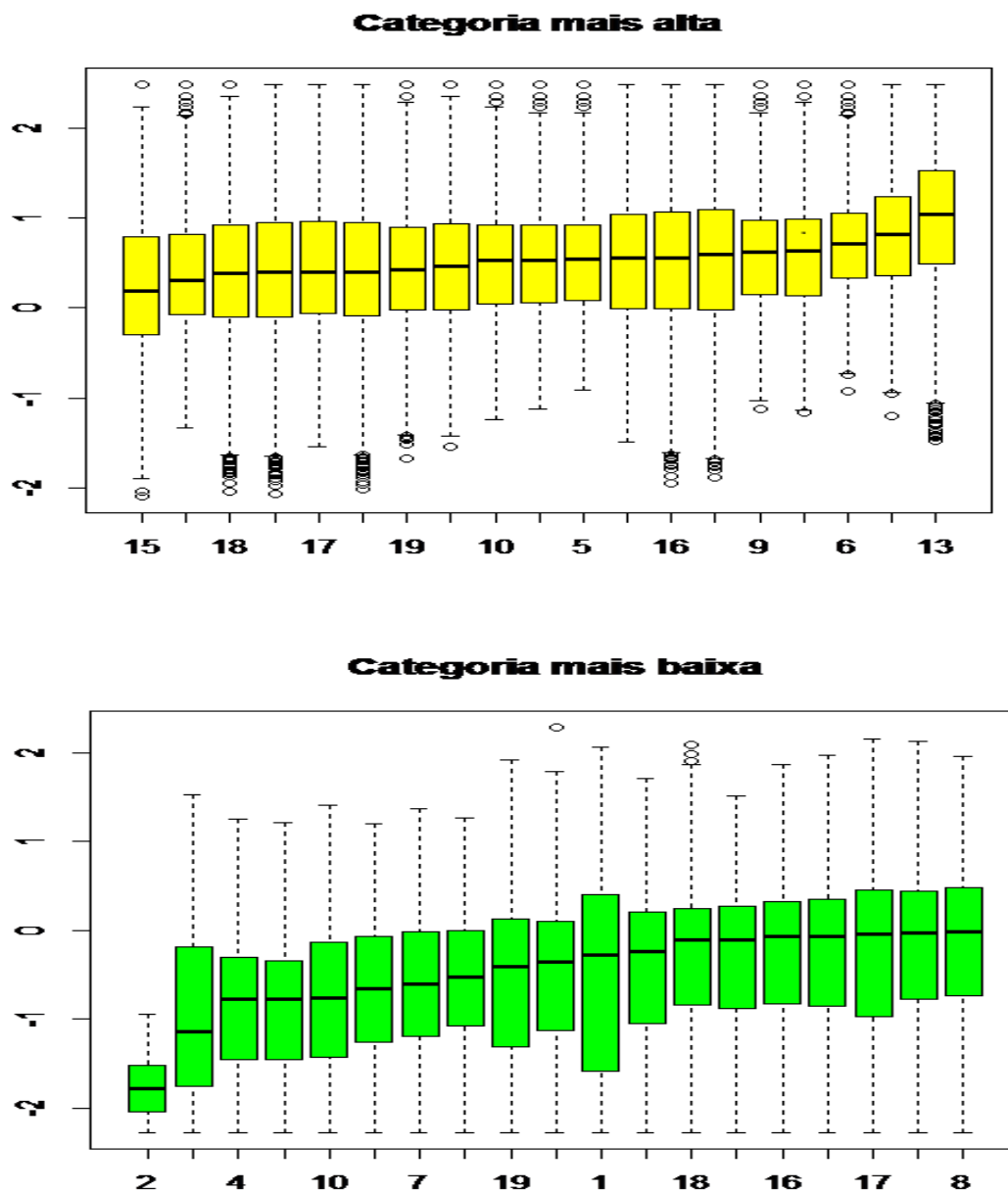


Figura 5: Boxplot e distribuição da frequência dos escores das equipes de atenção básica que participaram do PMAQ-AB, Brasil, 2012.

No geral, as equipes que escolheram as melhores categorias de respostas dos itens selecionados para o estudo têm seu escore localizado nas faixas de (0 a 3). Por sua vez, as equipes que escolheram as piores categorias de respostas têm seu escore nas faixas de (0 a -3). Contudo, escores discrepantes (outliers) em relação ao conjunto de dados podem ser visualizados na categoria mais alta e na categoria mais baixa de respostas dos itens. Ou seja, nas categorias de respostas mais alta dos itens encontramos equipes com escore abaixo de

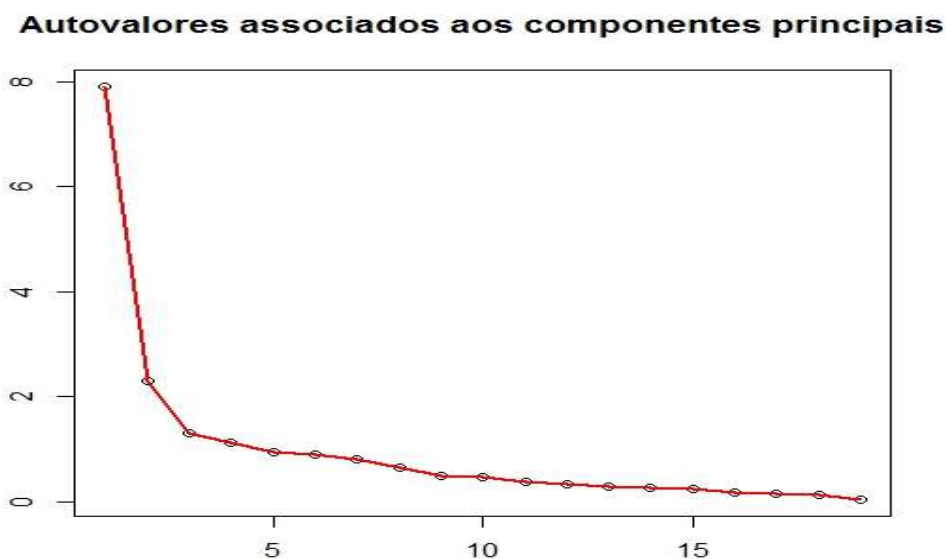
zero. E nas categorias de respostas mais baixa dos itens encontramos equipes com escore acima de zero (Figura 6).

Figura 6: Representação gráfica das categorias de respostas mais alta e das categorias de respostas mais baixa dos itens selecionados para o estudo.



Na análise de unidimensionalidade, a primeira componente principal explicou 41,6% da variabilidade total presente no conjunto de itens, enquanto a segunda componente explicou apenas 12,1%. Sendo assim, considerou-se válida a suposição de unidimensionalidade, ou seja, o conjunto de itens selecionados media apenas uma habilidade (Figura 7).

Figura 7: Gráfico de Unidimensionalidade do conjunto dos itens selecionados para o estudo.



O valor de alpha de Cronbach foi 0.848, indicando que o conjunto de itens escolhidos é consistente internamente.

A tabela 1 apresenta a distribuição de frequência dos níveis de integração (Baixa, Média e Alta) segundo as cinco regiões do Brasil: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, que responderam, respectivamente, por 6,1%; 32,3%; 38,2%; 17,0% e 6,4% das equipes. A análise da tabela 1 mostra que a região Norte, apresenta o maior percentual de equipes na faixa baixa integração e o menor percentual nas faixas de média e alta integração. A região Sudeste, por sua vez, apresenta o menor percentual de equipes na faixa de baixa integração e o maior percentual de equipes na faixa de alta integração. Em sequência, verificamos outra região que apresenta menor percentual de equipes na faixa de baixa integração e maior percentual de equipes na faixa de alta integração, a região Sul.

Tabela 1 – Distribuição dos níveis de integração das equipes de saúde do PMAQ-AB, Brasil, 2012, por região no Brasil.

Níveis de Integração	REGIÕES N (%)					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	TOTAL
Baixa	397 (37,8)	809 (14,6)	554 (8,4)	394 (13,5)	232 (20,9)	2384 (13,9)
Média	627 (60)	4361 (78,4)	4936 (75,1)	2204 (75,5)	816 (73,6)	12944 (75,2)
Alta	23 (2,2)	389 (7)	1080 (16,4)	321 (11)	61 (5,5)	1874 (10,9)
TOTAL	1045 (100)	5559 (100)	6570 (100)	2919 (100)	1109 (100)	17202 (100)

A matriz de correlação policórica não apresentou valores negativos entre os itens, sendo a maioria dos valores menores do que (0.850). Porém, os itens 17 e 18 (Tabela 2) tiveram um valor de correlação maior do que (0.900), sugerindo que são itens redundantes. Contudo, devido ao valor de inclinação (a) dos mesmos (>0.970), optou-se pela sua permanência.

Na tabela 2, a distribuição da frequência por cenário dos itens, variou entre 9,62% e 79,85% para o pior cenário (1) e entre 7,96% e 44,78% para o melhor cenário (3). Chama atenção que os itens 2, 8, 10, 16, 18 e 19, ordenados em dois cenários, apresentaram distribuição da frequência do pior cenário (1) acima de 50%, indicando a necessidade de investimento na atenção básica em relação aos mesmos. Também o item 17, ordenado em três cenários, apresentou uma frequência do pior cenário (1) acima de 50%. A correlação com a nota final para os itens 6, 7, 8, 9, 11 e 12 foi maior de (0.600). Para os itens 1, 4, 5, 10, 17 e 18 a correlação foi maior de (0.400), porém menor que (0.600). Destaca-se que os itens 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12 possuem valores de (a maiores do que 1), indicando que os mesmos são úteis para discriminar as equipes em relação aos demais itens. Por outro lado, o baixo valor de inclinação (a) e os valores baixo e alto, respectivamente, de (b_1 e b_2) para o item 13 indicam que o mesmo não discrimina as equipes, pois tanto equipes no nível de baixa integração quanto como equipes nos níveis de média e alta integração têm a mesma probabilidade de escolher a melhor categoria de resposta neste item. Além disso, é um item com valores baixos para o parâmetro de localização (b) e para a correlação com a nota final. Para o item 4, a discriminação entre os respondentes é alta e os valores de (b_1 ; b_2) indicam que as equipes com integração à rede até o nível -1.798 têm maior probabilidade de escolher à pior categoria de resposta, as equipes localizadas entre os níveis -1.798 e 0.263 têm maior probabilidade de escolher à categoria de resposta intermediária e as equipes localizadas acima do nível 0.263 têm maior probabilidade de escolher à melhor categoria de resposta. Neste item, os valores de (b) revelam que o mesmo discrimina melhor as equipes nas regiões próximas de (b_1) e próximas de (b_2).

Tabela 2 - Distribuição dos itens conforme o modelo de resposta graduada de Samejima*. O valor de σ^{} . A correlação com a nota final***. Os parâmetros**** de inclinação (a) e posição (b₁, b₂) dos itens.**

ITEM	% por cenário*			σ	Correlação Nota Final	Parâmetros		
	1	2	3			(a)	(b ₁)	(b ₂)
1. Recebe Apoio do NASF	42,44	56,10	-	0.8411	0.474	1.215	-0.258	-
2. Recebe Apoio do CAPS	57,26	41,79	-	0.8436	0.343	0.833	0.458	-
3. Recebe Ap. Especialistas REDE*****	31,96	39,22	27,28	0.8450	0.372	0.865	-0.960	1.275
4. Frequência Apoio*****	11,21	42,46	44,78	0.8387	0.516	1.512	-1.798	0.263
Ações de Apoio Matricial	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Consultas médicas	24,42	74,69	-	0.8388	0.550	1.904	-0.875	-
6. Discussão de casos	37,02	62,09	-	0.8335	0.747	3.327	-0.272	-
7. Ação clínica compartilhada	37,72	61,39	-	0.8326	0.773	3.807	-0.235	-
8. Construção conjunta de projetos terapêuticos	53,01	46,11	-	0.8343	0.765	3.260	0.158	-
9. Atividades de educação permanente	47,10	52,01	-	0.8349	0.706	2.537	-0.009	-
10. Discussão de processo de trabalho	79,85	19,27	-	0.8448	0.438	1.377	1.375	-
11. Organizam intervenções no território	44,39	54,72	-	0.8342	0.753	3.120	-0.072	-
12. Realizam visitas com profissionais de sua equipe	37,93	61,18	-	0.8352	0.702	2.672	-0.276	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Quais centrais de marcação disponíveis *****	9,62	64,79	25,59	0.8532	0.161	0.322	-7.067	3.424
14. Possui fluxos básicos e não básicos*****	43,17	54,78	-	0.8451	0.347	0.707	-0.347	-
15. Frequência contato AB com os Especialistas*****	33,15	52,30	14,54	0.8453	0.346	0.692	-1.094	2.809
16. Frequência contato dos especialistas com a AB	51,74	48,25	-	0.8431	0.348	0.755	0.125	-
17. Qual o fluxo institucional de comunicação*****	52,11	39,93	7,96	0.8394	0.443	0.997	0.116	2.833
18. Canal de comunicação na AB	59,13	40,87	-	0.8402	0.415	0.977	0.476	-
19. Existe lista de contato com especialistas na AB	56,98	43,01	-	0.8460	0.294	0.619	0.510	-

*Respostas organizadas do pior para o melhor cenário. Para as perguntas graduadas em três cenários: 1 = Não (pior cenário), 2 = Sim (cenário intermediário) e 3 = Sim (melhor cenário). Para as perguntas graduadas em dois cenários: 1= Não (pior cenário) e 2= Sim (melhor cenário).

** σ : Cronbach's alpha – consistência interna do item em estimar o construto proposto.

*** Correlação de cada item com a nota total

****parâmetros de inclinação (a) e posição (b₁, b₂) do item.

*****cenários: 1(Não recebe apoio Rede); 2 (Recebe apoio de 1 a 10 CBO's) e 3 (Recebe apoio > 10 CBO's)

*****cenários: 1 (Não indicado), 2 (Apoio Trimestral/Semestral/Sem periodicidade definida) e 3 (Apoio Semanal/Quinzenal/Mensal)

*****cenários: 1 (Não possui central); 2 (Possui de 1 a 2 centrais) e 3 (Possui todas as centrais)

*****cenários: 1 (Não possui fluxos e possui fluxos básicos) e 2 (Possui fluxos básicos e não básicos)

*****cenários: 1 (Nunca), 2 (Às vezes) e 3 (Sempre)

*****cenários: 1 (Não possui fluxos); 2 (De 1 a 3 fluxos) e 3 (> 4 fluxos)

Segundo os valores do parâmetro de (b), o item 10 tem melhor desempenho na parte alta da escala de nível de integração; os itens 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 18 e 19 na média e os itens 3, 15 e 17 nas partes média e alta da escala de nível de integração. A curva de

informação do item é fortemente influenciada pelo parâmetro de inclinação (a) e, em todos os itens, o pico desta variou ao longo do *continuum* do traço latente, classificando as equipes em níveis de integração diferentes (Tabela 2).

A interpretação do escore das equipes de AB, por meio da técnica de visualização da nuvem de palavras, propiciou distinguir a frequência de (Sim) e de (Não) das categorias de resposta dos itens em níveis de integração diferentes. Para essa interpretação, foi elaborado um dicionário para cada categoria de resposta do item (também chamado de cenário), representada por um conjunto de palavras que pudessem distingui-las, exemplo:

Item - Ações de Apoio Matricial: consultas médicas:

- a) categoria de resposta de (Sim): ApMatrConsulMédica
- b) categoria de resposta de (Não): ÑApMatrConsulMédica
- c) Não se aplica

Item – Frequência Apoio

- a) categoria de resposta de (Sim): FreqApoio
- b) categoria de resposta de (Não): SemFreqApoio
- c) Não se aplica

As tabelas 3, 4 e 5 apresentam a distribuição de frequência das categorias de respostas dos itens plotadas nos níveis de Baixa, Média e Alta Integração, respectivamente. Em sequência, são apresentadas as figuras 7, 8 e 9 com a técnica de visualização da nuvem de palavras para os níveis de Baixa, Média e Alta Integração, respectivamente. É importante esclarecer que a técnica de visualização da nuvem de palavras plota uma frequência mínima de categorias de respostas dos itens. Ainda, quanto maior a frequência da categoria de resposta do item maior o tamanho da palavra que representa a categoria de resposta do item na nuvem de palavras.

Tabela 3: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Baixa Integração.

Categoria de resposta dos itens	Frequência (maior que 631.25)
Não Apoio Matricial: Construção Conjunta projetos terapêuticos	2525
Não Apoio Matricial: Ação Clínica Compartilhada	2525
Não Apoio Matricial: Discussão processo trabalho	2524
Não Apoio Matricial: Atividade Educação Permanente	2523
Não Apoio Matricial: intervenções no território	2519
Não Apoio Matricial: Discussão casos clínicos	2519
Não Apoio Matricial: Realizam visitas com os profissionais	2518
Não recebe Apoio CAPS	2393
Não recebe Apoio NASF	2391
Não Apoio Matricial: consultas médicas	2333
Não Possui canal de comunicação	2106
Não Existe Fluxo Institucional de Comunicação	1957
Nunca - Contato Especialista com AB	1935
Sem Frequência Apoio	1920
Não Possui lista de Contato com AB	1915
Possui de 1 a 2 centrais de marcação	1592
Nunca - Contato AB com especialista	1496
Às vezes- Contato AB com especialista	902
Possui lista de contato com AB	640

Tabela 4: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Média Integração.

Categoria de resposta dos itens	Frequência (maior que 2613.5)
Recebe Apoio Matricial: Consulta Média	10454
Não Apoio Matricial: Discussão processo trabalho	10217
Recebe Apoio Matricial: discussão casos clínicos	8432
Recebe Apoio Matricial: ações clínicas compartilhadas	8318
Recebe Apoio Matricial: realizam visitas com os profissionais	8290
Possui de 1 a 2 centrais de marcação	8094
Não Possui canal de comunicação	7796
Recebe Apoio NASF	7549
Não Possui lista de Contato com AB	7323
Recebe Apoio Matricial: intervenções no território	7167
Não recebe Apoio CAPS	6908
Não Existe Fluxo Institucional de Comunicação	6838
Recebe Apoio Matricial: de Atividade de Educação Permanente	6724
Às vezes - contato AB com especialista	6716
Nunca - Contato especialista com AB	6612
Não Apoio Matricial: Const. conjunta de projetos terapêuticos	6582
Frequência Apoio trimestral, semestral e não definida	6344
Frequência Apoio semanal, quinzenal e mensal	5892
Sempre/Às vezes-contato Espec. com AB	5781
Recebe Apoio Matricial: Const. conjunta de projetos terapêuticos	5698
Não Apoio Matricial: atividades Educação permanente	5556
Recebe Apoio CAPS	5370
Não Apoio Matricial: intervenções no território	5113
Possui lista de contato com AB	5070
Existe de 1 a 3 fluxos comunicação	4934
Não recebe Apoio NASF	4645
Possui canal de comunicação	4598
Nunca - contato AB com especialista	4055
Não Apoio Matricial: realizam visitas com os profissionais	3990
Não Apoio Matricial: ações clínicas compartilhadas	3962
Não Apoio Matricial: discussão de casos clínicos	3848
Possui 3 centrais marcação	3150

Tabela 5: Distribuição da frequência das categorias de respostas dos itens plotados na técnica de visualização da nuvem de palavras para o nível de Alta Integração.

Categoria de resposta dos itens	Frequência (maior que 560.75)
Recebe Apoio Matricial: Ação Clínica Compartilhada	2243
Recebe Apoio Matricial: Discussão casos clínicos	2242
Recebe Apoio Matricial: intervenções no território	2240
Recebe Apoio Matricial: Construção projetos terapêuticos	2233
Recebe Apoio Matricial: Realizam visitas com os profissionais	2227
Recebe Apoio Matricial: Atividades Educação Permanente	2220
Recebe Apoio Matricial: Consultas médicas de pacientes em AB	2202
Possui canal de comunicação	1983
Recebe Apoio NASF	1972
Sempre/Às vezes– contato especialista com AB	1899
Frequência Apoio semanal, quinzenal e mensal	1711
Possui lista de contato com AB	1689
Recebe Apoio CAPS	1683
Possui de 1 a 2 centrais de marcação	1460
Às vezes – contato AB com especialista	1379
Existe de 1 a 3 fluxos comunicação	1369
Recebe Apoio Matricial discussão de processo de trabalho	1250
Não Apoio Matricial discussão de processo de trabalho	994
Possui 3 centrais de marcação	751
Sempre – contato AB com especialista	723
Existe > 4 fluxos de comunicação	715
Não Possui lista de contato com AB	564

Figura 8: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Baixa Integração



Figura 9: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Média Integração.



Figura 10: Técnica de visualização da nuvem de palavras do nível de Alta Integração.



No nível de baixa integração, é evidente a frequência de categorias de respostas dos itens de (Não) para a grande maioria dos itens. Verifica-se ainda, uma frequência significativamente menor de categorias de respostas dos itens de (Sim) para itens relacionados a comunicação entre AB e rede assistencial (Tabela 3). No nível de média integração ocorre aumento da frequência de categorias de respostas de (Sim) com diminuição das categorias de respostas de (Não). Ainda, aumento da frequência de categorias de respostas dos itens não indicadas no nível de baixa integração. Contudo, itens como: “Canal de comunicação/Lista de comunicação/Apoio CAPS/Fluxo institucional de comunicação e Apoio NASF”, importantes para integração em rede, ainda possui uma frequência de categorias de resposta de (Não) significativa (Tabela 4). Na alta integração, é evidente uma maior frequência das categorias de respostas de (Sim), destacando-se os itens referentes às ações de apoio matricial, seguidos dos itens relacionados à comunicação (Tabela 5).

Em todos os níveis de integração (Baixa, Média e Alta integração), chama atenção uma frequência de categorias de respostas do item de (Sim) para “Possui de 1 a 2 centrais de

marcação”. Isso evidencia a necessidade e importância de se implementar conjuntamente diferentes dispositivos que sejam capazes de subsidiar as equipes quanto ao seu papel no ordenamento da rede. Também, a frequência de categorias de respostas dos itens de (Não) na baixa integração e de categorias de respostas de (Sim) na alta integração para as ações de apoio matricial. Aqui, as ações de apoio matricial destacaram-se em discriminar as equipes localizadas em diferentes níveis de integração, indicando a necessidade de qualificação da integração entre a atenção básica e os níveis de complexidade da atenção à saúde, para o atendimento às necessidades de saúde da população de referência.

6 DISCUSSÃO

Dos dezenove itens utilizados, doze apresentavam ótima discriminação entre as equipes do PMAQ-AB, Brasil, 2012, pois carregam maior quantidade de informação sobre a integração das mesmas à rede. Desses, destacam-se as ações de apoio matricial, que tem melhor performance no nível de média integração e, apesar de não exigirem alta habilidade das equipes, possuem os maiores valores na correlação com a nota final. Tais resultados deixam evidente a importância das ações de apoio matricial para a qualificação da AB na atenção à saúde e corroboram com estudos que apontam que o apoiador matricial agrega recursos de saber e aumenta a capacidade resolutiva das equipes de AB, contribuindo na abordagem do processo saúde/doença (FAUSTO et al, 2014), exigindo a reorganização do trabalho e do modo como se organizam e funcionam os serviços e sistemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O estudo identificou gradiente de habilidade das (n=17.202) equipes de saúde, classificando-as quanto à sua integração à rede assistencial do SUS. Sabe-se que a integração entre atenção básica e os demais níveis de complexidade compõe os debates sobre a regionalização na saúde e, sua ausência, associada à oferta insuficiente, configura-se como um grande gargalo no SUS. Evidências indicam que a existência de uma rede integrada de prestadores de serviços que possibilite diferentes intervenções de forma contínua e adequada às necessidades de saúde da população, pode sustentar a coordenação dos cuidados na AB que, por sua vez, é essencial para a oferta de uma atenção integral. Dessa forma, a expansão da Estratégia de Saúde da Família e a articulação entre os níveis de atenção e as políticas públicas são imprescindíveis para garantir a integralidade do cuidado (ALMEIDA et al., 2013) e universalidade do acesso. Giovanella & Mendonça (2012), acrescentam que estabelecer um sistema de referência e contrarreferência são fatores decisivos para que as equipes de atenção básica sejam coordenadoras do cuidado.

A visualização das categorias de respostas de (Sim) e de (Não) dos itens, por meio da técnica de visualização da nuvem de palavras, evidenciou qual a categoria de resposta do item mais frequente nos diferentes níveis de integração definidos no estudo. Foi possível verificar que o item “discussão processo trabalho” exige alta habilidade. Esse resultado pode estar relacionado à dificuldade de compreensão da pergunta, uma vez que sua redação solicita informação sobre o processo de trabalho e do apoio matricial. Além disso, sua correlação com

a nota final (<0.500) não acompanha o valor das demais ações de apoio matricial, configurando baixa correlação com a habilidade avaliada. Na literatura, a organização de fluxos de atendimento que passam por processos de discussão e revisão locais, com participação de profissionais, gestores e entidades representativas, funciona como estratégia de capacitação e interlocução entre profissionais da atenção básica e de outros níveis de complexidade que atuam na mesma região de saúde (ALMEIDA et al., 2013), potencializando a resolutividade da AB.

Os Itens: “Apoio NASF/Apoio CAPS/Construção conjunta de projetos terapêuticos/Atividades de educação permanente/Organizam intervenções no território/Contato especialista com AB/Fluxo institucional de comunicação/Canal de comunicação na AB e Lista de contato com especialista na AB”, apesar de terem o melhor desempenho na média integração, evidenciam a necessidade de investimento para o fortalecimento da atenção básica de saúde, tendo em vista a frequência do pior cenário em torno de 50% (tabela 1) para os mesmos. Escorel et al. (2007) estudando a integração do Programa de Saúde da Família à rede assistencial, evidenciou a dificuldade em garantir atenção secundária, apesar da existência de alguma forma de regulação para referenciamento do paciente atendido na atenção básica. Isso porque, os mecanismos de integração existentes não eram suficientes para assegurar um sistema de referência em pleno funcionamento.

Em outro estudo, Magalhães Junior & Pinto (2014), concluem que a atenção básica, apesar de ser a principal porta de entrada do sistema, ainda demanda ser organizada e preparada para tornar-se a principal ordenadora no acesso à rede de atenção à saúde, para conseguir gerenciar o cuidado do usuário atendido na atenção básica e, assumir papel mais importante na coordenação da trajetória desse usuário em outros níveis de complexidade do sistema. Dessa forma, esclarece que, para além da ampliação e otimização da oferta, é necessário implantar dispositivos de: regionalização; referência e apoio matricial; gestão compartilhada com a AB de fluxos; comunicação; informação e regulação compartilhada, para qualificar a atenção especializada no que se refere ao modelo de cuidado e relação em rede.

Ainda na média integração, chama à atenção a frequência negativa de “Fluxo institucional de comunicação/Canal de comunicação e Lista de comunicação”. Em discussão, Giovanella (2014), considera que há uma insuficiência de mecanismos de diálogo e comunicação entre os profissionais da atenção básica e demais níveis de complexidade. Esse entendimento é

reforçado quando observamos as melhores categorias de respostas dos itens plotadas a técnica de visualização da nuvem de palavras no nível de alta integração, conforme apresentado na figura 9.

Na técnica de visualização da nuvem de palavras, chama atenção uma frequência de categorias de respostas dos itens de (Não) no nível de baixa integração, em contraposição a uma frequência de categorias de respostas dos itens de (Sim) no nível de alta integração, para as ações de apoio matricial, sugerindo que as equipes que recebem apoio matricial têm um melhor desempenho. Também, a análise dos resultados indicou que as regiões Sudeste e Sul, respectivamente, apresentam o maior percentual de equipes no nível de alta integração. Em estudos realizados por Sobrinho et al. (2014), as regiões Sudeste e Sul, mais desenvolvidas economicamente, apresentaram os mais altos níveis de apoio matricial. Além disso, no mesmo estudo, quando analisavam a distribuição do grau de apoio das equipes de saúde da família segundo estratos de municípios do PMAQ-AB 2012, concluíram que nos estratos que refletem melhores condições de vida da população, há também uma melhor organização dos sistemas de saúde em relação à diversidade do apoio e suporte às equipes de saúde da família por meio do apoio matricial.

Nesse contexto, salientamos que a adoção do NASF como forma de fornecer atenção especializada multiprofissional demonstrou possuir potência quando se articula com a atenção básica em regime de apoio matricial (JUNIOR et al., 2015). Evidências indicam que a metodologia de apoio matricial promove a ativação dos espaços de comunicação e deliberação conjunta, rompendo com a burocratização existente na referência e contrarreferência. Ou seja, a troca de conhecimentos e habilidades de forma dinâmica e interativa amplia as possibilidades de organização de projetos terapêuticos, propicia uma abordagem clínica ampliada e favorece a integração dialógica entre diferentes especialidades ou profissionais de saúde. Países como Reino Unido, Irlanda, Austrália, Canadá e Espanha vem utilizando a troca de conhecimento e o atendimento compartilhado entre profissionais de atenção primária e especialistas como forma de qualificar o cuidado (OLIVEIRA; CAMPOS, 2015), potencializando a integração entre equipes e níveis assistenciais.

Esse entendimento é reforçado quando identificamos que o item “Central de marcação” não diferencia as equipes do PMAQ quanto à sua integração à rede. Além desse, outros: “Recebe Apoio CAPS/Recebe Apoio Especialistas da Rede/Possui fluxos básicos e não

básicos/Frequência contato AB com o especialista/Frequência contato especialista com AB e Possui lista de contato com AB”, possuem baixos valores de discriminação em relação aos demais. Concorde-se com Magalhães Junior & Pinto (2014), quando indicam que a constituição e pactuação efetiva de fluxos entre profissionais e serviços são imprescindíveis e precisa ultrapassar a formulação legal ou meros procedimentos técnicos. Almeida et al. (2013) salientam a necessidade de se criar uma cultura de colaboração entre os níveis assistenciais, enquanto forma de aproximação dos profissionais, constituindo-se em um instrumento de integração entre serviços. Ainda esclarecem que o matriciamento destacou-se em aproximar o especialista dos profissionais de atenção básica, contribuindo ainda para trabalhar as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde da família em seu espaço de trabalho.

Para Santos & Campos (2015), o desafio da integração entre os níveis de complexidade na atenção é ampliado quando se considera a fragmentação desencadeada pela descentralização. Aqui, vem para o centro uma questão: como articular as individualidades municipais de forma a gerar uma unidade regional equitativa?

Da mesma forma, para Mendes & Louvison (2015), é fundamental aprofundar o debate sobre a regionalização como política prioritária que discute o arranjo político e institucional do sistema de saúde para contribuir com o aprimoramento do desenho do SUS. Esclarecem a importância em debater a efetivação de redes e ampliação da integralidade e equidade, seguida de economia de escala e racionalização de recursos, porém amparado em políticas públicas que estejam comprometidas com a produção de saúde, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Viana et al. (2015), apresentam inclusive uma tipologia das regiões de saúde com o objetivo de auxiliar na investigação e melhor entendimento da organização de sistema de saúde regional.

Finalmente, itens com importante conteúdo para análise do tema foram excluídos, pois não discriminavam as equipes quanto à habilidade ou indicavam alto valor de redundância. Em relação à forma de ilustração dos resultados em nuvem de palavras, cabe ressaltar que alguns itens não foram representados (como por ex: “Recebe Apoio de especialistas da rede/Possui Fluxos básicos e não básicos”), devido à sua baixa frequência. Tais resultados sugerem dificuldades de compreensão da informação solicitada, demonstrando a necessidade de repensar os conteúdos das afirmações contidas nas perguntas, no sentido de avançar na avaliação dos resultados da política nacional de atenção básica, conforme proposta do PMAQ.

O modelo utilizado na análise permitiu conhecer importantes traços do comportamento das equipes de saúde da família. Contudo existem implicações relacionadas à discussão de uma rede de atenção à saúde integrada que ultrapassam os aspectos abordados no PMAQ. Além disso, o limite estabelecido de 50% do total de equipes em cada município para participar do programa e a condição de o repasse financeiro estar vinculado ao desempenho das equipes de saúde, sugerem cuidado para generalização dos resultados.

Outra questão refere-se às diferentes interpretações e significados do termo “cuidado integrado”, produzindo uma lacuna em sua concepção teórica e prática. Aqui, vale ressaltar que, para além da discussão de rede, nos vemos diante da urgência em aprofundar o debate sobre a regionalização no sistema nacional de saúde.

CONCLUSÃO

Os resultados indicam que as questões utilizadas no estudo, relacionadas às ações de apoio matricial avaliadas no PMAQ-AB, Brasil, 2012, destacam-se em diferenciar as equipes de saúde da família em função do seu nível de integração à rede assistencial do SUS, evidenciando que sua realização melhora o desempenho das equipes. Da mesma forma, porém em menor grau, as questões relacionadas à comunicação reforçam esse entendimento. Contudo, apesar dos avanços conquistados na política de saúde do país, a frequência em torno de (50%) do pior cenário para itens do estudo, evidencia a necessidade de qualificação da integração entre as ações de atenção especializada e atenção básica para consolidação de uma atenção primária à saúde abrangente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, MV; VIANA, ALA. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3223>. Acesso: em 12 de out. 2015.

ALMEIDA, PF et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.286-98, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n2/08.pdf>>. Acesso: em 08 de ago. 2015.

_____, PF et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p.400-15, jul/set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a04v37n98.pdf>> Acesso: em 10 de ago. 2015.

ANDRADE, DF; TAVARES, HR; VALLE, RC. **Teoria de Resposta ao Item**: Conceitos e Aplicações. SINAPE, 2000.

ANDRADE, JM; LAROS, JA; GOUVEIA, VV. O uso da teoria de resposta ao item em avaliações educacionais: diretrizes para pesquisadores. **Aval. Psicol**, Porto Alegre, v.9, n.3, p. 421-35, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712010000300009&script=sci_arttext>. Acesso: em 10 de out. 2015.

BAKER, FB. **The Basics of Item Response Theory**. United States of America: ERIC, 2001.

BOERMA, WGW. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, RB; RICO, A; BOERMA, WGW (Ed.). **Primary Care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care**. Open University Press, 2007. p.3-21. Disponível em:<http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98421/E87932.pdf>. Acesso: em 15 de set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual instrutivo. Brasília, 2012. 61p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso: em 10 out. 2014.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: promulgada em 5 de out. de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 4 de fev. 2015.

_____. Portaria 2488 de 11 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n.204, 24 out. 2011. Seção 1, p.48.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan Americana de Saúde. Financiamento Público de Saúde. Brasília, 2013. 124p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1). Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>.
 Acesso: em 10 de abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília, 2013. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf>.
 Acesso: em 20 de abr. 2014.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.399-407, fev. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>.
 Acesso: em 20 de ago. 2015.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009, p.117-30. Disponível em: < <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso: em 24 de jul. 2014.

CONASS. Progestores. Nota técnica 12/2011. Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em:
 <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiC4v7TuqnKAhWCKJAKHfHsClSQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.conass.org.br%2Fnotas%2520tecnicas%2Fnt_12%2520_2011_avaliacao_para_qualificacao_do_sus.pdf&u sg=AFQjCNHI01p8dcAwmJj_oyMqa0g26AcKTQ&bvm=bv.111677986,d.Y2I>. Acesso: em 10 de set. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-11, jul/set. 2006. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>>. Acesso: em 10 de set. 2015.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, SMA (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p.29-47. Disponível em:
<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso: em 10 de set. 2015

CONTEL, FB. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.2, p. 447-60. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00447.pdf>>. Acesso: em 10 de jul. 2015.

SCOREL, S et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.21, n.2-3, p. 164-76,

fev/mar. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v21n2-3/11.pdf>>. Acesso: em 05 de out. 2015.

FAUSTO, MCR et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 9-12. 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf>>. Acesso: em 06 abr. 2015

FLEURY, MJ. Integrated service networks: the Quebec case. **Health Services Management Research**, v.19, n.3, p. 153-65, ago. 2006. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16848956>>. Acesso: em 10 de out. 2015.

FRENK, J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. **The Lancet**, v. 374, p.170-73, July. 2009. Disponível em: < <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2809%2960693-0.pdf>>. Acesso: em 03 set. 2014.

GIOVANELLA, L et al. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n.60, p. 37-61, jan/abr. 2002. Disponível em: < <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/353669>> Acesso: em 07 maio 2015.

_____ et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, maio/jul. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300014&script=sci_arttext> Acesso: em 26 abr. 2014.

GIOVANELA, L; MENDONÇA, MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELA, L et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-543.

_____. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.51, p. 30-7, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao/revista-divulgacao-em-saude-para-debate-no51-atencao-basica-construindo-a-base-da-integralidade/>>. Acesso: em 6 jun. 2015.

_____, STEGMULLER, K. Tendências de reformas da atenção primária à saúde em países europeus. **J Manag Prim Health Care**, v.5, n.1, p. 101-13. 2014. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/eventos/seminariocuidadoAPS/anais/Ligia_Giovanella.pdf>. Acesso: em 20 de maio 2015.

HARTZ, ZMA; CONTANDRIOPOULOS, AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26>>. Acesso: em 10 maio 2014.

INSTITUTO SULAMERICANO GOBIERNO EN SALUD. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Atenção Primaria a Saude no Brasil. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: < <http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb%5B127%5Dling%5B1%5Dnax%5B519%5D.pdf>>. Acesso: em 09 abr. 2015.

JIWANI, I; FLEURY, MJ. Divergent modes of integration: the Canadian way. v. 11, May. 2011. Disponível em: < <http://freepdfs.net/divergent-modes-of-integration-the-canadian-way-international/de34511cc5d2c967408d0348f447cc1a/>>. Acesso: em 05 de maio 2014.

JUNIOR, AG et al. Regionalização, integralidade e produção do cuidado no contexto da Estratégia Saúde da Família: pontos para o debate. In: ALMEIDA, PF; SANTOS, AM; SOUZA, MKB (ORGS.) **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p.65-88.

KODNER, DL; SPREEUWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, v.2, novembr. 2002. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>>. Acesso: em 15 de set. 2014.

KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2307-16, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63017467006>>. Acesso: em 07 de out. 2015.

LIMA, LD et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1903-14, jul. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso: em 02 de set. 2015.

MACHADO, CV et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.48, n.4, p. 642-50, ago. 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0642.pdf>. Acesso: em 05 de abr. 2015.

MAGALHÃES JUNIOR, HM; PINTO, HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.51, p. 14-29, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>> Acesso: em 03 jun. 2015.

MATTOS, RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, RA (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009, p.43-68. Disponível em: < <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>>. Acesso: em 24 de jul. 2014.

MEDINA, MG; HARTZ, ZMA. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 1153-67, mai. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/22.pdf>>. Acesso: em 14 de set. 2015.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p.549. Disponível em: < http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso: em 02 de mar. 2014.

MENDES, A; LOUVISON, M. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Sociedade, São Paulo**, v.24, n.2, p.393-402, abr/jun. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00393.pdf>>. Acesso: em 05 de out. 2015.

MORORÓ, MEM; COLVERO, LA; MACHADO, AL. Os desafios da integralidade em um Centro de Atenção Psicossocial e a produção de projetos terapêuticos. **Rev. Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.(5, p.1171-6, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a20.pdf>>. Acesso: em 02 de maio 2015.

MOTA, RR de A; DAVID, HMSL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 122-7, jan/fev. 2015. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjBoInQvKnKAhWHf5AKHU3iBvoQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.facenf.uerj.br%2Fv23n1%2Fv23n1a20.pdf&usq=AFQjCNFUqbuvpLvcRKQi7cQ-7TbfECjO7g>>. Acesso: em 10 de out. 2015.

OLIVEIRA, MM; CAMPOS, GWS. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 229-38, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00229.pdf>. Acesso: em 20 de out. 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Washington: OPAS, 2010. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº 4). Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso: em 10 de out. 2015.

PASQUALI, LP; PRIMI, R. Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v.2, n.2, p.99-110, dez. 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a02.pdf>>. Acesso: em 20 de set. 2014.

PEREIRA, AL; PEREIRA, MTC. Síntese das narrativas de apoiadores do COSEMS/SP sobre a regionalização. In: PEREIRA, AL et al. (Orgs). **Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: Pyxis, 2015, p.20-7(Série Caderno Cosems/SP, v.4).

PINTO, HA; SOUSA, ANA; FERLA, AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.51, p. 43-57, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>> Acesso: em 03 jun. 2015.

RIGHI, AW; SCHMIDT, AS; VENTURINI, JC. Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v.10, n.3, p. 649-69, set. 2010. Disponível em: <<http://producaoonline.org.br/rpo/article/view/405/721>>. Acesso: em 20 de set. 2015.

ROSA, WAG; LABATE, RC. Programa de Saúde da Família: a Construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-34,

Nov/dec. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso: em 18 de ago. 2015.

SANTOS, L. Sim, a regionalização é o caminho! In: PEREIRA, AL et al. (Orgs). **Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: Pyxis, 2015, p.54-9 (Série Caderno Cosems/SP, v.4).

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jun. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso: em 10 de jul. 2015.

SOBRINHO, DF; MACHADO, ATGM; LIMA, AM LD de et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 83-93, out. 2014. Disponível em: < http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf>. Acesso: em 20 jul. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002. 726p. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso: em 05 abr. 2014.

VIANA, ALA; MACHADO, CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.807-17, maio/jun. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/16.pdf>>. Acesso: em 01 de ago. 2015.

_____; LIMA, LD; FERREIRA, MP. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-26, ago. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a07.pdf>>. Acesso: em 02 de set. 2015.

VIANA, ALA et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 413-22. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00413.pdf>>. Acesso: em 15 maio 2015.

VOURI, H. Health for all, primary health care and general practitioners. **The Journal of the Royal College of General Practitioners**, USA, v. 36 (290), p. 398-402, September. 1986. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1960528/pdf/jroyalcgprac00153-0008.pdf>>. Acesso: em 20 de jul. 2015.

WAIBEL, S et al. The performance of integrated health care networks in continuity of care: a qualitative multiple case study of COPD patients. **International Journal of Integrated Care**, v. 15, July. 2015. Disponível em: <https://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/1527/2997>. Acesso: em 08 de jul. 2015.

ANEXO I – Perguntas PMAQ – AB 2012 selecionadas inicialmente no estudo

Apoio Matricial à equipe de atenção básica					
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.12.1			A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos? Se NÃO, passar para o bloco II.13.	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.12.2/1	Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa pergunta pode ter mais de uma resposta	II.12.2/1.1	Médico ginecologista/obstetra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.2	Assistente social	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.3	Psicólogo	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.4	Médico pediatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.5	Farmacêutico	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.6	Médico psiquiatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.7	Fisioterapeuta	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.8	Profissional de educação física	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.9	Sanitarista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.10	Fonoaudiólogo	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.11	Médico acupunturista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		
		II.12.2/1.12	Médico homeopata	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
		999	Não sabe/Não Respondeu		

Apoio Matricial à equipe de atenção básica					
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.12.2/1		II.12.2/1.13	Nutricionista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.14	Terapeuta Ocupacional	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.15	Médico geriatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.16	Médico Internista (Clínica médica)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.17	Médico do Trabalho	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.18	Médico Veterinário	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.19	Arte educador (com formação em arte e educação)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.20	Outras especialidades médicas	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/1.21	Outros profissionais	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.12.2/2	Profissionais do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Essa pergunta pode ter mais de uma resposta.	II.12.2/2.1	Assistente Social	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/2.2	Psicólogo	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/2.3	Médico Psiquiatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/2.4	Terapeuta Ocupacional	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/2.5	Outros profissionais	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

Apoio Matricial à equipe de atenção básica					
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.12.2/4	Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais) Essa pergunta pode ter mais de uma resposta	II.12.2/4.1	Médico ginecologista/obstetra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.2	Assistente social	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.3	Psicólogo	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.4	Médico pediatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.5	Farmacêutico	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.6	Médico psiquiatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.7	Fisioterapeuta	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.8	Profissional de educação física	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.9	Sanitarista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.10	Fonoaudiólogo	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.11	Médico acupunturista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.12	Médico homeopata	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.13	Nutricionista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.14	Terapeuta Ocupacional	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

Apoio Matricial à equipe de atenção básica					
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.12.2/4	Especialistas da rede (centros de saúde, hospitais) Essa pergunta pode ter mais de uma resposta	II.12.2/4.15	Médico geriatra	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.16	Médico internista (clínica médica)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.17	Médico do trabalho	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.18	Médico veterinário	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.19	Arte educador (com formação em arte e educação)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.20	Periodontista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.21	Endodontista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.22	Protesista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.23	Estomatologista	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.24	Outras especialidades médicas	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.2/4.25	Outros profissionais	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.12.4			Qual a frequência que a equipe recebe o apoio? O entrevistador deverá ler as opções.	1	Semanal
				2	Quinzenal
				3	Mensal
				4	Trimestral
				5	Semestral
				6	Sem periodicidade definida
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

Apoio Matricial à equipe de atenção básica					
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.12.5	Quais ações os profissionais do apoio matricial realizam junto à sua equipe	II.12.5.1	Consultas médicas de pacientes em atenção básica	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.2	Discussão de casos clínicos, eventos sentinelas, casos difíceis e desafiadores	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.3	Ações clínicas compartilhadas com os profissionais da equipe de atenção básica	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.4	Construção conjunta de projetos terapêuticos com os profissionais da atenção básica	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.5	Atividades de educação permanente conjuntamente com os profissionais da equipe de atenção básica	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.6	Discussões sobre o processo de trabalho da equipe de atenção básica e também do próprio apoio matricial	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.12.5.7	Organizam intervenções no território em conjunto com sua equipe	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.12.5.8	Realizam visitas com os profissionais de sua equipe	1	Sim		
		2	Não		
		998	Não se aplica		
		999	Não sabe/Não Respondeu		
Integração da rede de atenção à saúde: Ordenamento e definição de fluxos					
II.18.1		Existe central de regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção? Se NÃO, passar para a questão II.18.3	1	Sim	
			2	Não	
			999	Não Sabe/Não Respondeu	
II.18.2	Quais centrais de marcação disponíveis? Essa pergunta pode ter mais de uma resposta	II.18.2.1	Marcação de consulta especializada	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.2.2	Marcação de exames	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.2.3	Marcação de leitos	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.2.4	Nenhuma das anteriores	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

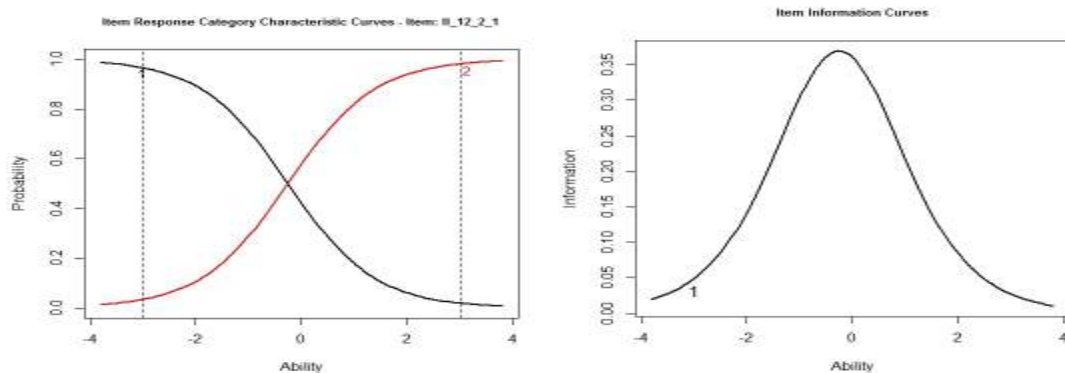
Cód. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.18.3			Existem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais pontos de atenção?	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.3/1			Existe documento que comprove	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.4			A equipe possui documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe? Se NÃO, passar para a questão II.18.6	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.5	Indique quais são as referências e fluxos definidos. Essa pergunta pode ter mais de uma resposta	II.18.5.1	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer de mama	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.2	Agendamentos de atendimentos para casos de suspeita de câncer do colo útero	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.3	Parto (materno)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.4	Exame sorológico para sífilis (VDRL) na gestante	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.5	Exame sorológico para anti-HIV na gestante	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.6	Exame de glicose	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.7	Uroculura ou sumário de urina (urina Tipo I)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.8	Exame de ultrassonografia para gestante	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.5.9	Urgência (glicemia descompensada, convulsão, surto psicótico, síndrome coronariana aguda, trauma)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.18.5/1			Existe documento que comprove?	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

Cod. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categorias	
				Cod.	Descrição
II.18.6			Com que frequência os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus pacientes encaminhados? O entrevistador deverá ler as opções.	1	Sempre
				2	Sim, algumas vezes
				3	Nunca
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.7			Com que frequência os especialistas entram em contato com os profissionais de atenção básica para trocar informações sobre os pacientes encaminhados pela atenção básica? O entrevistador deverá ler as opções.	1	Sempre
				2	Sim, algumas vezes
				3	Nunca
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.8			Existe algum fluxo de comunicação institucionalizado? Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.18.11.	1	Sim
				2	Não
				999	Não Sabe/Não Respondeu
II.18.9	Qual é o fluxo institucional de comunicação? Essa pergunta pode ter mais de uma resposta.	II.18.9.1	Discussão de casos	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.2	Reuniões técnicas com os especialistas da rede	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.3	Teleconferência	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.4	Telessaúde	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.5	Prontuário Eletrônico	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.6	Comunicação Eletrônica	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.7	Ficha de referência/contrarreferência detalhada e sugestões de conduta	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.9.8	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu

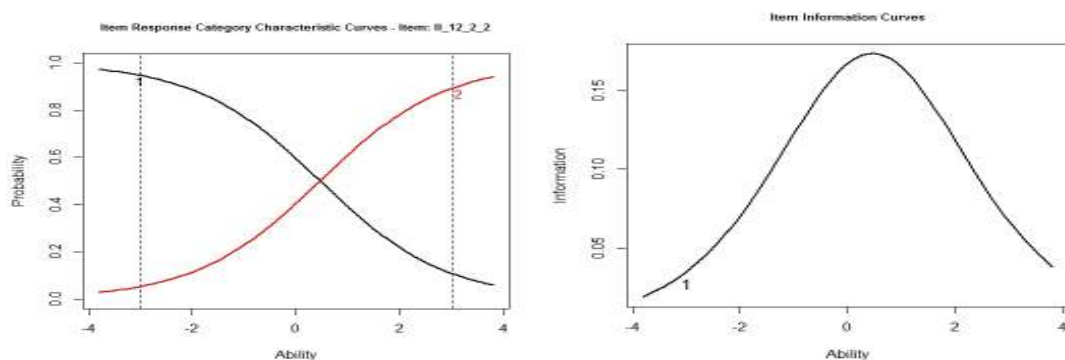
Cod. de	Respostas Múltiplas		Descrição	Categoria	
				Cod.	Descrição
II.18.10	Qual é o fluxo institucional de comunicação? Essa pergunta pode ter mais de uma resposta.	II.18.10.1	Telefone	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.10.2	Internet	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
		II.18.10.3	Outro(s)	1	Sim
				2	Não
				998	Não se aplica
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.18.11			Há uma lista de contato na UBS com os especialistas da rede SUS, com telefones e/ou e-mails?	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/Não Respondeu
II.18.11/1			Existe documento que comprove?	1	Sim
				2	Não
				999	Não sabe/Não Respondeu

APÊNDICE I – Curva Característica do Item/CCI e Curva de Informação do Item das perguntas utilizadas para análise.

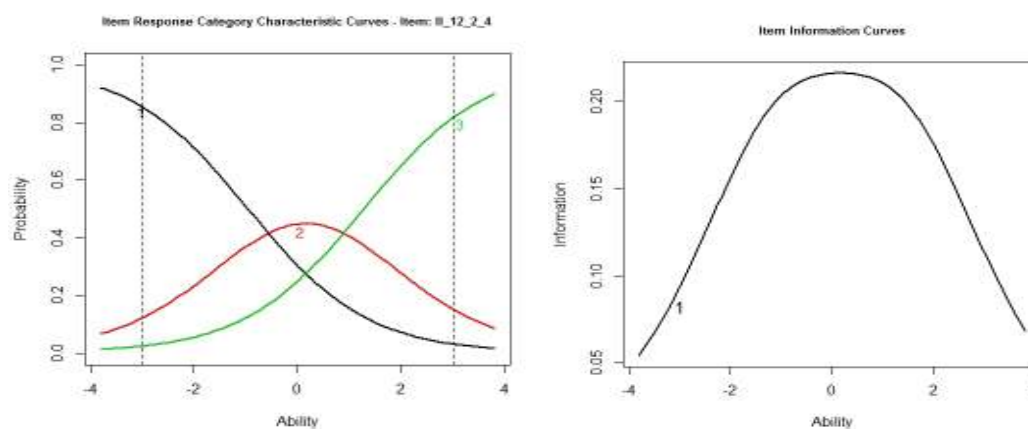
1) Recebe Apoio do NASF



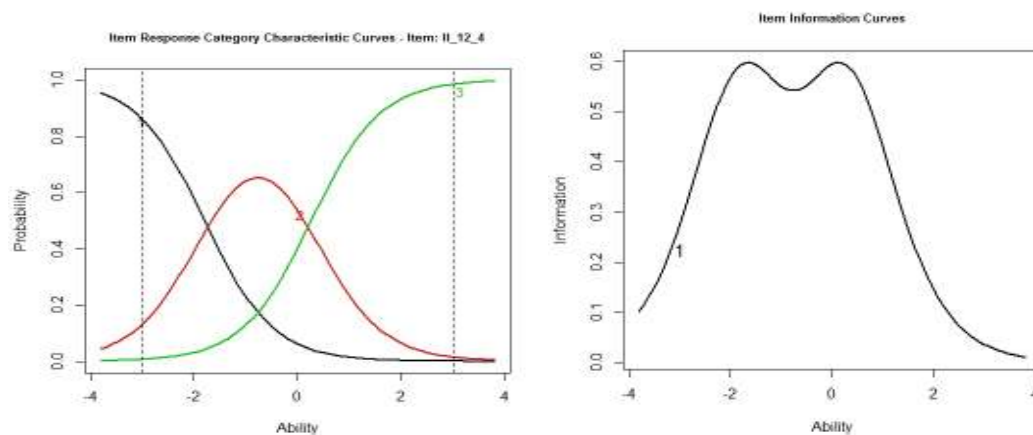
2) Recebe Apoio do CAPS



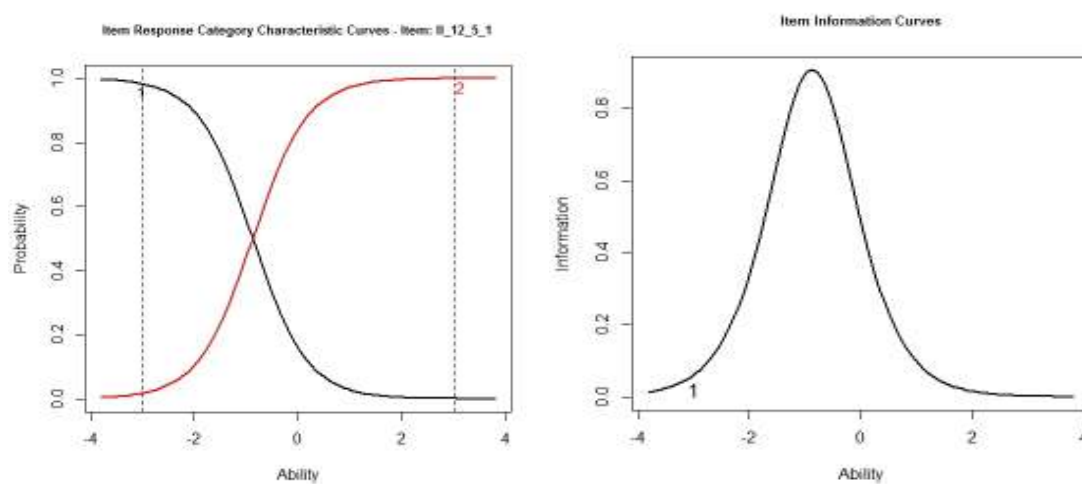
3) Recebe Apoio Especialistas da Rede



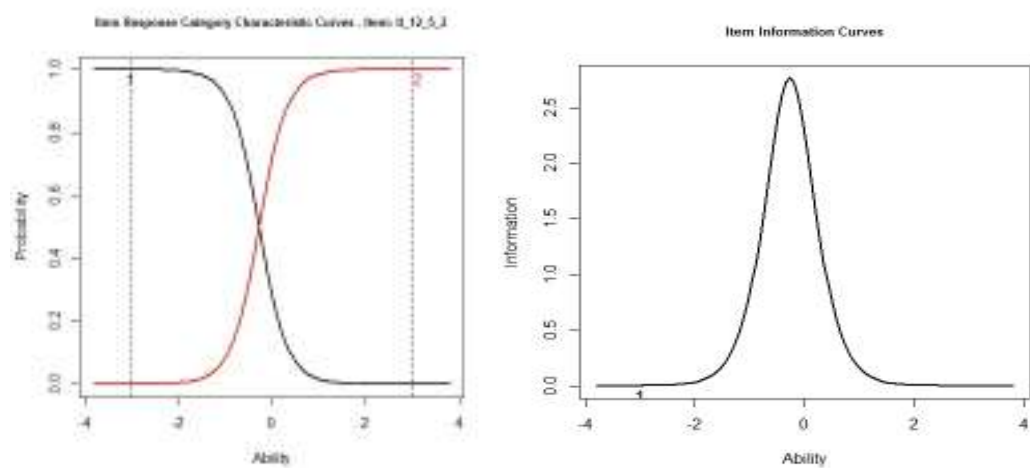
4) Frequência Apoio



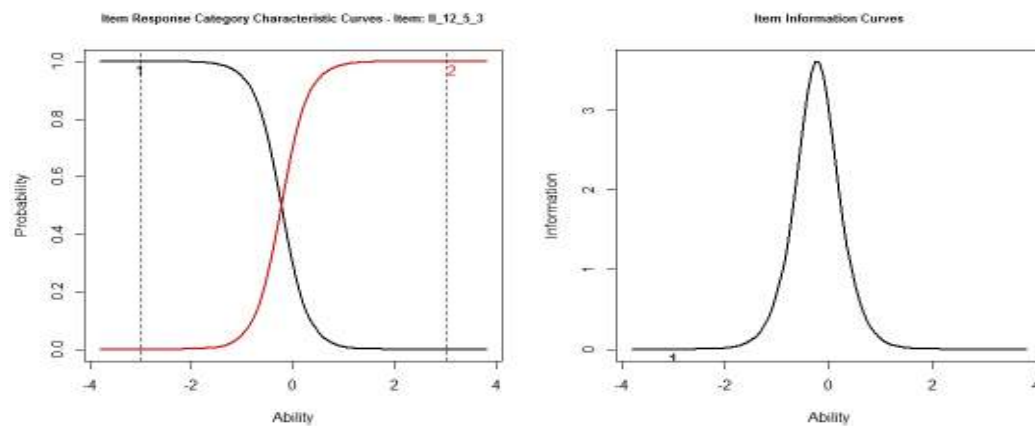
5) Ação de Apoio Matricial: Consultas Médicas



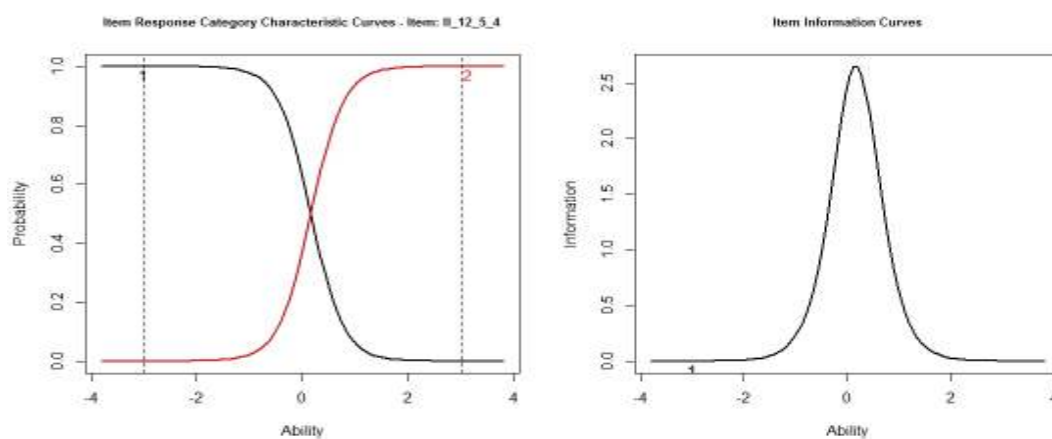
6) Ação de Apoio Matricial: Discussão de Casos



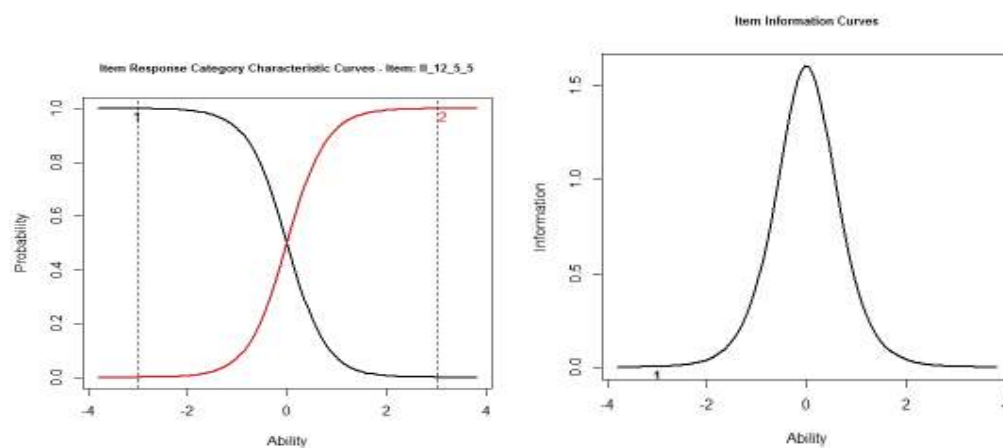
7) Ação de Apoio Matricial: Ação Clínica Compartilhada



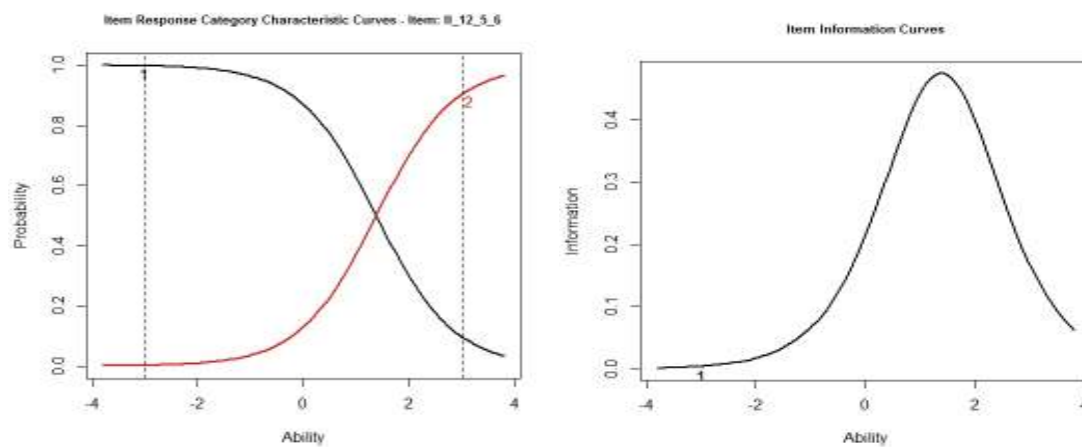
8) Ação de Apoio Matricial: Construção Conjunta de Projetos Terapêuticos



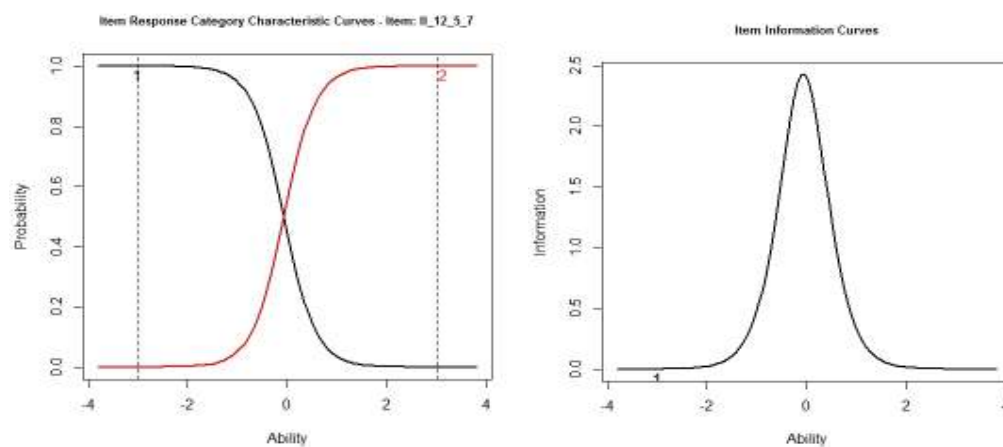
9) Ação de Apoio Matricial: Atividade de Educação Permanente



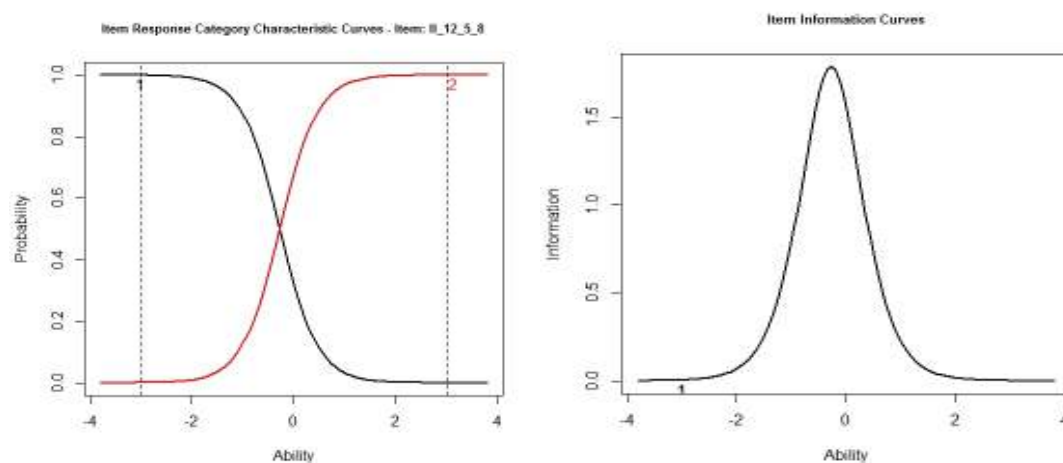
10) Ação de Apoio Matricial: Discussão de processo de trabalho



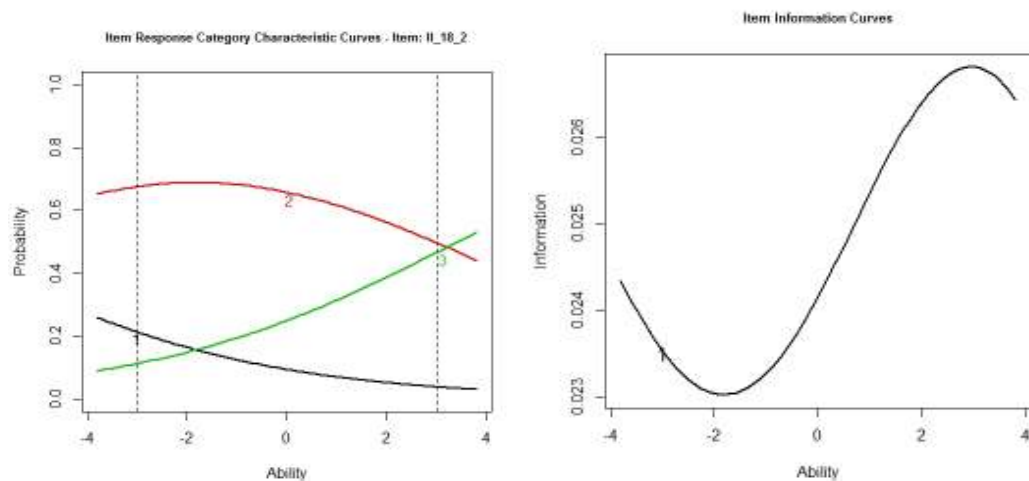
11) Ação de Apoio Matricial: Organizam intervenções no território



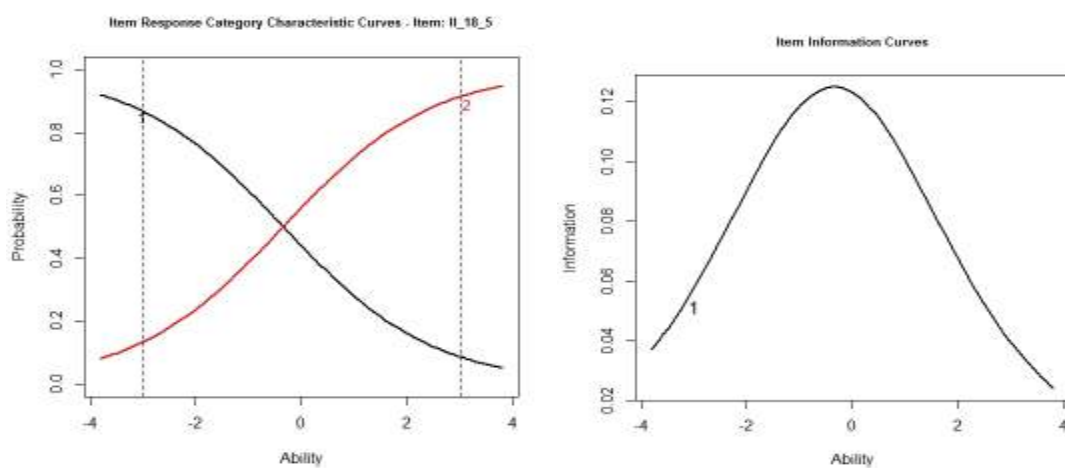
12) Ação de Apoio Matricial: Realizam visitas com profissionais de sua equipe



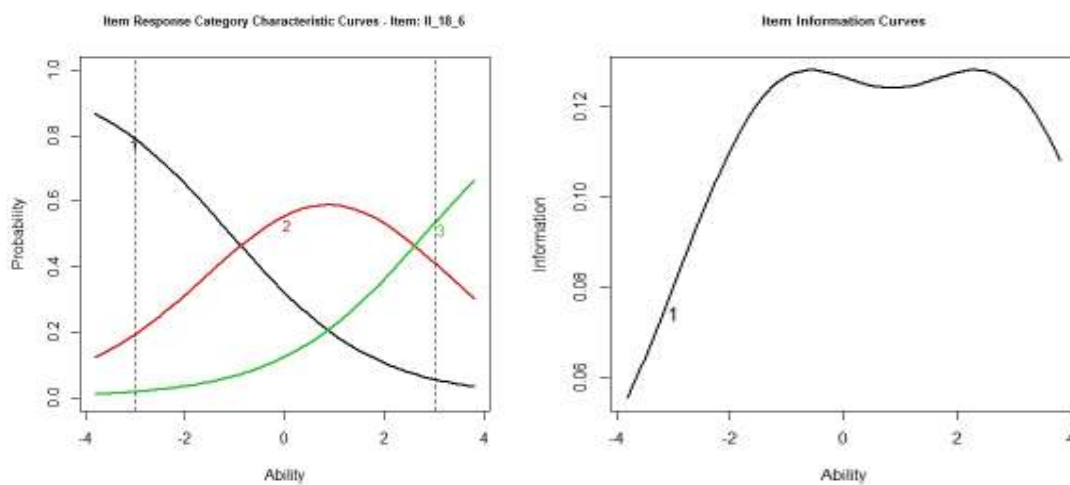
13) Quais centrais de marcação disponíveis



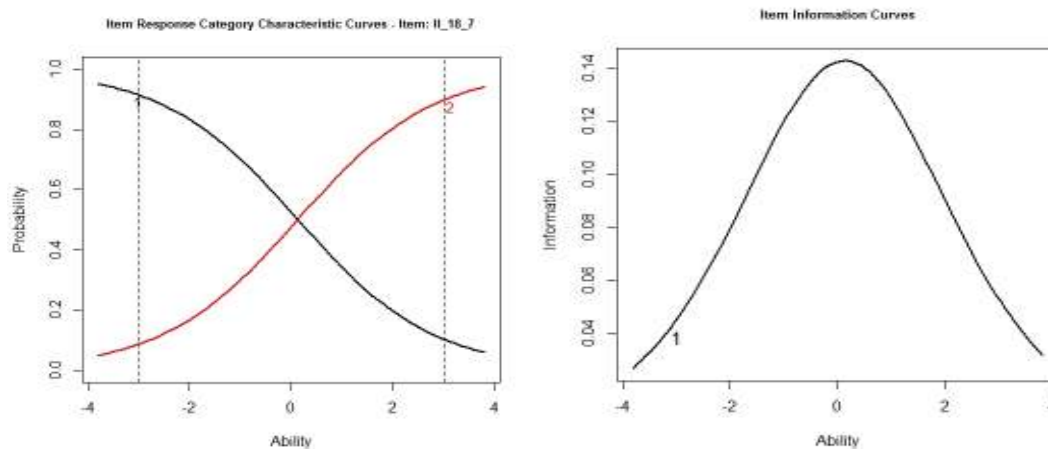
14) Indique referências e fluxos definidos: Possui fluxos básicos e não básicos



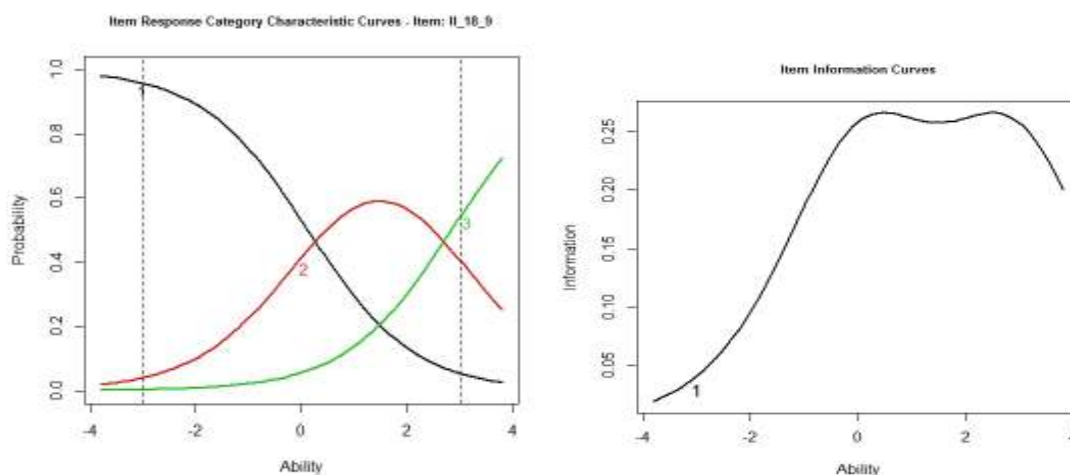
15) Frequência contato AB com os especialistas



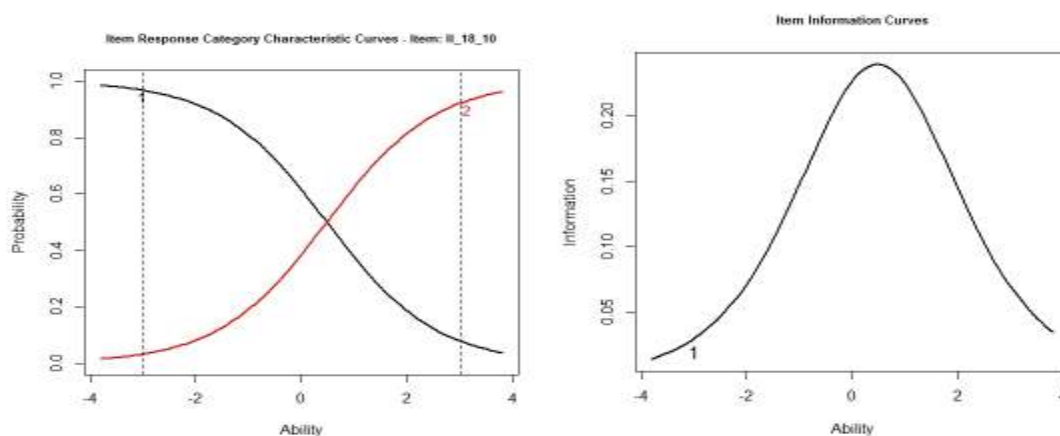
16) Frequência contato dos especialistas com AB



17) Qual o fluxo institucional de comunicação



18) Canal de comunicação na AB



19) Existe lista de contato com especialista na AB