

Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item

Hugo André da Rocha^I, Alaneir de Fátima dos Santos^{II}, Ilka Afonso Reis^{III}, Marcos Antônio da Cunha Santos^{III}, Mariângela Leal Cherchiglia^{IV}

^I Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Exatas. Departamento de Estatística. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte, MG, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Determinar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental.

MÉTODOS: Estudo transversal efetuado por meio do Modelo de Resposta Gradual da Teoria da Resposta ao Item, utilizando dados secundários do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, tendo sido avaliadas 30.523 equipes de atenção básica no período de 2013 a 2014. A consistência interna, a correlação entre os itens e dos itens com o escore total foram testadas usando os coeficientes alfa de Cronbach, correlação de Spearman e ponto bisserial, respectivamente. Foram testados os pressupostos de unidimensionalidade e independência local dos itens. Utilizaram-se como uma das formas de apresentação dos resultados as nuvens de palavras.

RESULTADOS: Programar a agenda de acordo com a estratificação de risco, manter registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e ofertar algum atendimento em grupo foram os itens com maior capacidade de discriminação. Ofertar alguma modalidade de atendimento em grupo e ofertar ações educativas e de promoção de saúde mental foram os itens que requereram maior nível de oferta de cuidados em saúde mental no parâmetro de locação. O coeficiente alfa de Cronbach total foi 0,87. Realizar o registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e programar a agenda de acordo com a estratificação de risco foram os itens que obtiveram maior correlação com o escore total. Os escores finais obtidos oscilaram entre -2,07 (mínimo) e 1,95 (máximo).

CONCLUSÕES: São aspectos relevantes na discriminação da capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica: a estratificação do risco para gestão do cuidado, o acompanhamento dos casos mais graves, o atendimento em grupo e as ações preventivas e de promoção da saúde.

DESCRITORES: Serviços de Saúde Mental, organização & administração. Atenção Primária à Saúde. Pacientes, classificação. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

Correspondência:

Mariângela Leal Cherchiglia
Av. Alfredo Balena, 190 Sala 706 7º andar Santa Efigênia
30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: cherchml@medicina.ufmg.br

Recebido: 30 jan 2017

Aprovado: 22 mar 2017

Como citar: Rocha HA, Santos AF, Reis IA, Santos MAC, Cherchiglia ML. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. Rev Saude Publica. 2018;52:17.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

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

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde^a em 2001 sobre as condições em que se prestavam os cuidados aos portadores de sofrimento psíquico. A Organização fez indicações para a integração do cuidado em saúde mental na atenção primária.

A OMS lançou o programa *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP – Programa de Ação sobre a Lacuna de Saúde Mental)^b em 2008. Nele, incentiva a implantação de serviços de saúde mental em atenção primária em países de baixa e média renda.

Oferecer cuidado em saúde mental na ABS é garantir que o princípio da integralidade, diretriz da ABS e do Sistema Único de Saúde, seja cumprido. A ABS tem papel fundamental na coordenação das redes e deve garantir ao usuário o acesso oportuno de acordo com as suas necessidades¹⁰.

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

Um fator importante para que a APS possa atender os portadores de sofrimento mental é a qualificação dos profissionais. Esses profissionais relataram sentir-se despreparados para tais atendimentos^{13,16,17,21,22}.

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

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

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)^c foi instituído em 2011 com o objetivo de induzir a melhoria da qualidade da ABS e aumentar o acesso a ela. O cuidado em saúde mental faz parte da avaliação das EqAB, expresso em uma subdimensão do questionário da avaliação externa. A análise dos itens referentes à saúde mental permite classificar as EqAB quanto ao nível de cuidado que oferecem.

O presente estudo teve como objetivo verificar quais os itens que compõem o PMAQ-AB e que melhor discriminam a capacidade de ofertar cuidados em saúde mental pelas equipes de atenção básica.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado por meio dos dados do segundo ciclo do PMAQ-AB, referentes às 30.523 EqAB. Os dados foram coletados na fase de avaliação externa de 2013 a 2014. As

^aWorld Health Organization. The world health report 2001- Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001 [citado 20 out 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

^bWorld Health Organization. mhGAP Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: WHO; 2008 [citado 20 out 2017]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

^cMinistério da Saúde (BR). Portaria n° 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*. 20 jul 2011; Seção 1:79.

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

Nem todas as EqAB inscritas participaram de todo o ciclo de avaliação. Por isso, excluíram-se as equipes desclassificadas (que não passaram pela avaliação externa) (n = 713) ou insatisfatórias (que não cumpriram com os compromissos assumidos na contratualização) (n = 353).

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

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

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

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

Dentre as 19 variáveis restantes, 17 foram dicotômicas e duas foram caracterizadas em três níveis. As duas variáveis politômicas selecionadas foram recodificadas de modo a apresentar três cenários graduados. A primeira variável referiu-se à forma como são agendadas consultas para pessoas em sofrimento psíquico. O melhor cenário foi a resposta: “as consultas são marcadas em qualquer dia da semana, em qualquer horário”. No cenário intermediário, agruparam-se as respostas: “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, “dias específicos fixos, em qualquer horário”, “dias específicos fixos, em horários específicos”, “outro(s)”; no pior cenário, apareceu a resposta “não marca consultas”.

A segunda variável politômica relacionou-se ao tempo de espera para o primeiro atendimento de pessoas em sofrimento psíquico. Considerou-se como melhor cenário a resposta “atendido no mesmo dia”. No cenário intermediário, agruparam-se as respostas que variaram de um dia a 270 dias de espera; e no pior cenário, a resposta “não atende”.

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

No modelo utilizado, o parâmetro de locação alcançado por uma equipe equivale ao nível de traço latente no qual a probabilidade de escolha de uma determinada categoria ou superior

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

é de 50%. Os valores deste parâmetro usualmente estão localizados entre -3 e 3, a mesma escala dos escores obtidos pelas equipes¹.

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

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

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

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

A visualização da frequência das respostas dadas aos itens pelas equipes foi feita por meio de nuvens de palavras, uma para cada grupo. Foram atribuídos microtextos às alternativas de resposta de cada item. Os microtextos utilizados para ilustrar as respostas começaram, em sua maioria, com as letras “S” (sim) e “N” (não). O tamanho da fonte dos termos na nuvem de palavras esteve diretamente relacionado com a frequência com que o termo foi encontrado. Os termos grafados com as mesmas cores tiveram frequência de resposta próxima.

Este estudo cumpriu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Registro 28804 em 30/5/2012).

RESULTADOS

As variáveis referentes à oferta de algum atendimento em grupo; oferta de ações educativas e de promoção da saúde; realizar ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; e registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas obtiveram maior proporção de respostas no pior cenário (Tabela 1).

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

Considerando todos os itens, obteve-se coeficiente alpha de Cronbach de 0,87, o qual não foi melhorado com a retirada de nenhum item. A correlação dos itens com a nota final variou entre 0,35 (item 8) a 0,63 (item 14) (Tabela 2).

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

Tabela 1. Distribuição da proporção de cada categoria de resposta. Brasil, 2013–2014.

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

^a Variáveis dicotômicas: 1 = Não; 2 = Sim; n.a. = não se aplica.

^b Item 7 Agendamento de consultas: 1 = não marca consultas; 2 = marca “em qualquer dia da semana, em horários específicos”, “dias específicos fixos, em qualquer horário”, “dias específicos fixos, em horários específicos”, “outro(s)”; 3 = marca em qualquer dia da semana, em qualquer horário.

^c Item 8 Tempo de espera para o primeiro atendimento: 1 = não atende; 2 = marca de 1 a 270 dias de espera; 3 = atende no mesmo dia.

Tabela 2. Estimativas dos parâmetros de discriminação e de locação, da consistência interna e da correlação entre os itens e o escore total. Brasil, 2013–2014.

Item	Parâmetros (erro-padrão)			Consistência interna total (0,87)	Correlação com o escore total
	a ^a	b1 ^b	b2 ^c		
1 Protocolos com diretrizes terapêuticas	1,52 (0,02)	0,12 (0,01)	n.a.	0,86	0,57
2 Programa oferta de consultas	1,47 (0,02)	-0,18 (0,01)	n.a.	0,86	0,56
3 Protocolos para estratificação de riscos	1,56 (0,02)	0,03 (0,01)	n.a.	0,86	0,58
4 Programa agenda de acordo com o risco estratificado	1,79 (0,03)	0,15 (0,01)	n.a.	0,86	0,62
5 Mantém registro dos usuários encaminhados	1,47 (0,02)	0,15 (0,01)	n.a.	0,86	0,56
6 Realiza busca ativa	1,29 (0,02)	0,06 (0,01)	n.a.	0,86	0,52
7 Agendamento de consultas	1,12 (0,02)	-2,13 (0,03)	-0,62 (0,02)	0,86	0,41
8 Tempo de espera para o primeiro atendimento	0,91 (0,02)	-2,48 (0,04)	-0,56 (0,02)	0,86	0,35
9 Oferta consulta com tempo maior	1,44 (0,02)	0,12 (0,01)	n.a.	0,86	0,55
10 Utiliza registro da história de vida	1,59 (0,03)	0,19 (0,01)	n.a.	0,86	0,58
11 Oferta algum atendimento em grupo	1,72 (0,03)	0,84 (0,01)	n.a.	0,86	0,55
12 Atendimento com profissionais de apoio matricial	1,24 (0,02)	-0,50 (0,01)	n.a.	0,86	0,48
13 Preparação para atendimento	1,15 (0,02)	0,47 (0,01)	n.a.	0,86	0,47
14 Registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico	1,79 (0,03)	-0,09 (0,01)	n.a.	0,86	0,63
15 Registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas	1,61 (0,03)	0,49 (0,01)	n.a.	0,86	0,57
16 Equipe realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas	1,45 (0,02)	0,53 (0,01)	n.a.	0,86	0,54
17 Equipe possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos	1,39 (0,02)	-0,19 (0,01)	n.a.	0,86	0,54
18 Equipe realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos	1,69 (0,03)	0,06 (0,01)	n.a.	0,86	0,61
19 A equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde mental	1,53 (0,03)	0,68 (0,01)	n.a.	0,86	0,54

n.a.: não se aplica

^a Discriminação.

^b Locação (resposta 2).

^c Locação (resposta 3).

Quanto ao parâmetro de locação dos itens, os maiores valores obtidos foram para oferta de algum atendimento em grupo (0,84) e oferta de ações educativas e de promoção de saúde mental (0,68).

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

O cálculo dos escores do nível de oferta de cuidados em saúde mental apresentou valores entre -2,07 (mínimo) e 1,95 (máximo). A média foi de 0,006 e a mediana 0,032 (Tabela 3).

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

Nos níveis de oferta de cuidados muito abaixo da média e muito acima da média, as frequências estiveram uniformes, evidenciadas pelo fato de que as palavras possuíam tamanhos parecidos.

No nível muito acima da média, houve predominantemente respostas categorizadas como melhor cenário (microtextos iniciados em "S"). Já no nível muito abaixo da média, houve muitos registros de respostas na categoria pior cenário (com microtextos iniciados em "N").

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

Ao se comparar os resultados apresentados nas nuvens de palavras com os parâmetros obtidos nos itens, aqueles itens com maior discriminação estiveram diferentemente presentes nos níveis muito abaixo da média e muito acima da média. O item com maior discriminação, programa agenda de acordo com o risco estratificado, foi encontrado de

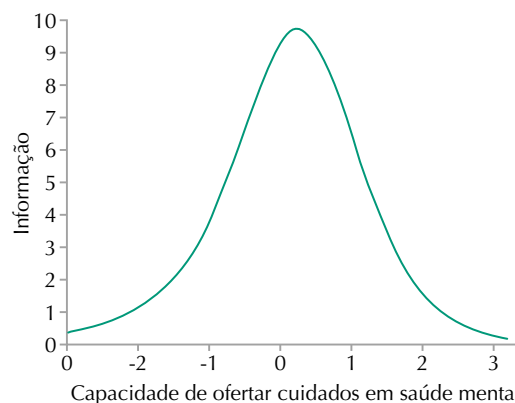


Figura 1. Curva de Informação Total. Brasil, 2013–2014.

Tabela 3. Distribuição segundo faixas de escores de oferta de cuidados em saúde mental. Brasil, 2013–2014.

Escore – nível	Frequência absoluta	Frequência relativa
	n	%
(-3,0 a -1,5) - Muito abaixo da média	1.777	6,0
(-1,5 a 0,0) - Abaixo da média	12.386	42,0
(0,0 a 1,5) - Acima da média	14.016	47,6
(1,5 a 3,0) - Muito acima da média	1.278	4,3
Total	29.457	100

forma positiva no nível muito acima da média (Sprog_agenda) e negativa em muito abaixo da média (Nprog_agenda). O mesmo aconteceu com o item registro de casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico, que apareceu positivamente no nível muito acima da média (Sregcasograve) e negativamente no nível muito abaixo da média (Nregcasograve).



Sprotocolo: possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea; Nprotocolo: não possui protocolos para acolhimento à demanda espontânea; Sprogconsulta: programa oferta de consultas; Nprogconsulta: não programa oferta de consultas; Sprot_estrat_risco: utiliza protocolos para estratificação de risco; Nprot_estrat_risco: não utiliza protocolos para estratificação de risco; Sprog_agenda: programa a agenda de acordo com o risco classificado; Nprog_agenda: não programa a agenda de acordo com o risco classificado; Smantemregistro: mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados; Nmantemregistro: não mantém registro dos usuários de maior risco encaminhados; Sbuscaativa: realiza busca ativa; Nbuscaativa: não realiza busca ativa; Agendaconsmdia: agenda consulta no mesmo dia; Agendaconsoutros: agenda consulta em condições específicas; Nagendacons: não agenda consultas; Atendensmdia: atende no mesmo dia; +1diaspera: atende com mais de um dia de espera; Nfazconsulta: não atende; Sconstempomaioir: utiliza consulta com tempo maior; Nconstempomaioir: não utiliza consulta com tempo maior; Sreghistvida: utiliza registro da história de vida; Nreghistvida: não utiliza registro da história de vida; Sofertagrupo: oferta atendimento em grupo; Nofertagrupo: não oferta atendimento em grupo; Sapoiomatricial: faz atendimento com profissional de apoio matricial; Napoiomatricial: não faz atendimento com profissional de apoio matricial; Spreparacao: teve preparação para o atendimento; Npreparacao: não teve preparação para o atendimento; Sregcasograve: possui registro dos casos mais graves; Nregcasograve: não possui registro dos casos mais graves; Sregcasodrogas: possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas; Nregcasodrogas: não possui registro dos usuários com necessidade decorrente do uso de drogas; Sacoesdrogas: realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; Nacoesdrogas: não realiza ações para pessoas com necessidade decorrente do uso de drogas; Sregcronicosmedic: possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos; Nregcronicosmedic: não possui registro dos usuários em uso crônico de psicotrópicos; Sacoesronicmedic: realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos; Nacoesronicmedic: não realiza ações para pessoas em uso crônico de psicotrópicos; SpromocaoSM: oferta ações educativas e de promoção da saúde; NpromocaoSM: não oferta ações educativas e de promoção da saúde

Figura 2. Características das equipes por faixa de escores. Brasil, 2013–2014.

DISCUSSÃO

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

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

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

Ao avaliar os itens que apresentaram maior correlação individual com o escore total (programa agenda de acordo com o risco estratificado, registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e realiza ações para pessoas que fazem uso crônico de psicotrópicos), verificou-se que os dois primeiros mantêm relação mais estreita com a gestão dos serviços de saúde do que com a assistência direta ao usuário. Tal fato alinha-se à dinâmica de avaliação do PMAQ-AB, que tem como objetivos induzir as equipes à melhoria contínua da qualidade da prestação de serviços e do acesso, com grande foco nos processos⁶.

O registro dos usuários em sofrimento psíquico é um importante indicador para o planejamento tanto de ações de acompanhamento quanto de ações de promoção em saúde mental, auxiliando na tomada de decisão. Jucá et al.¹⁸ apontam a ausência de registros como um reflexo da falta de preparação das EqAB para lidar com esses usuários.

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

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

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

⁶ Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014. Brasília (DF); 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_Metodologica_certificacao_eab.pdf

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

O atendimento com profissionais de alguma modalidade de apoio matricial foi um dos itens que obteve maior taxa de resposta positiva, sugerindo que a estratégia de fornecer retaguarda às EqAB, por meio de suporte especializado é adotada em larga escala. O apoio matricial foi concebido para atuar de forma abrangente, desde o compartilhamento e co-responsabilização pelo cuidado do usuário até ações de educação permanente ofertadas às EqAB^{4,15}.

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

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

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

Uma limitação deste estudo é a forma como as questões fechadas são formuladas no questionário de coleta de dados. Isso inviabiliza a melhor qualificação dos dados, uma vez que se restringe a opção de resposta em sim ou não.

A oferta de cuidado em saúde mental, ainda que entendida como parte do escopo de ações da ABS em saúde, presente inclusive no programa de avaliação, mostra-se pouco desenvolvida. Para fortalecer a oferta de ações em saúde mental pelas equipes de atenção básica é necessário incrementar práticas de nível gerencial, como a estratificação do risco para a gestão do cuidado e o registro de acompanhamento dos casos mais graves. Devem-se desenvolver também recursos assistenciais como o atendimento em grupo, ações de prevenção e de promoção da saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Andrade DF, Tavares HR, Valle RC. Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 2000 [citado 20 out 2017]. Disponível em: <http://homes.ufam.edu.br/jcardoso/LivroTRI.pdf>
2. Baker FB. The basics of Item Response Theory. 2.ed. College Park: ERIC Clearinghouse on Assessment and Evaluation; 2001 [citado 16 jan 2017] Disponível em: <http://echo.edres.org:8080/irt/baker/final.pdf>
3. Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estud Pesq Psicol*. 2010 [citado 20 out 2017];10(1):48-67. Disponível em: <http://www.revipsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a05.pdf>
4. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007;23(2):399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
5. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. 2010;20(4):1119-42. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400004>

6. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: a rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract.* 2012;13:19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-19>
7. Frateschi MS, Cardoso CL. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde. *Psico (Porto Alegre).* 2016;47(2):159-68. <https://doi.org/10.15448/1980-8623.2016.2.22024>
8. Fredheim T, Danbolt LJ, Haavet OR, Hjonsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5:13. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-5-13>
9. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. Cap.16, p.575-625.
10. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(3):783-94. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>
11. Gryschek G, Pinto AAM. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? *Cienc Saude Coletiva.* 2015;20(10):3255-62. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>
12. Hambleton RK, Swaminathan H, Rogers H. Fundamentals of Item Response Theory. Newbury Park: Sage Publications; 1991.
13. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatry.* 2016;208 Suppl 56:s47-54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153767>
14. Hickey L, Hannigan A, O'Regan A, Khalil S, Meagher D, Cullen W. Psychological morbidity among young adults attending primary care: a retrospective study. *Early Interv Psychiatry.* 2015 Oct 15. <https://doi.org/10.1111/eip.12284>
15. Hirdes A, Scarparo HKB. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2015;20(2):383-94. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>
16. Jaruseviciene L, Sauliune S, Jarusevicius G, Lazarus JV. Preparedness of Lithuanian general practitioners to provide mental healthcare services: a cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8(1):11. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-11>
17. Jenkins R, Othieno C, Okeyo S, Aruwa J, Kingora J, Jenkins B. Health system challenges to integration of mental health delivery in primary care in Kenya: perspectives of primary care health workers. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:368. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-368>
18. Jucá VJS, Nunes MO, Barreto SG. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. *Cienc Saude Coletiva.* 2009;14(1):173-82. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100023>
19. Marston L, Nazareth I, Petersen I, Walters K, Osborn DPJ. Prescribing of antipsychotics in UK primary care: a cohort study. *BMJ Open.* 2014;4(12):e006135. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006135>
20. Martin JL, Lowrie R, McConnachie A, McLean G, Mair F, Mercer SW, et al. Physical health indicators in major mental illness: analysis of QOF data across UK general practice. *Br J Gen Pract.* 2014;64(627):e649-56. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X681829>
21. Minozzo F, Kammzetsler CS, Debastiani C, Fait CS, Paulon SM. Grupos de saúde mental na atenção primária à saúde. *Fractal Rev Psicol.* 2012;24(2):323-40. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000200008>
22. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Overland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:35. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-35>
23. Pasquali L, Primi R. Fundamentos da teoria da resposta ao item - TRI. *Aval Psicol.* 2003 [citado 20 out 2017];2(2):99-110. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v2n2/v2n2a02.pdf>
24. Petterson S, Miller BF, Payne-Murphy JC, Phillips Jr RL. Mental health treatment in the primary care setting: patterns and pathways. *Fam Syst Health.* 2014;32(2):157-66. <https://doi.org/10.1037/fsh0000036>

25. Rizopoulos D. ltm: an R package for latent variable modeling and Item response analysis. *J Stat Softw.* 2006;17(5):1-25. <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i05>
26. Samejima FA. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika.* 1969;34 Suppl 1:1-97. <https://doi.org/10.1007/BF03372160>
27. Sapag JC, Rush B, Ferris LE. Collaborative mental health services in primary care systems in Latin America: contextualized evaluation needs and opportunities. *Health Expect.* 2016;19(1):152-69. <https://doi.org/10.1111/hex.12338>
28. Souza LV, Santos MA. Processo grupal e atuação do psicólogo na atenção primária à saúde. *J Hum Growth Dev.* 2012;22(3):388-95. <https://doi.org/10.7322/jhgd.46711>
29. Ventevogel P. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: avoiding medicalization. *Int Rev Psychiatry.* 2014;26(6):669-79. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.966067>

Financiamento: Financiamento: Ministério da Saúde (Processo 93/2015 – termo de execução descentralizado). Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ – Processo 307054/2014-4). Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG – Processo CDS-PPM-00716-15). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES – Processo 1506213).

Contribuição dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: HAR, MLC, AFS. Coleta, análise e interpretação dos dados: HAR, MLC, AFS, IAR, MACS. Elaboração ou revisão do manuscrito: HAR, MLC, AFS, IAR, MACS. Aprovação da versão final: HAR, MLC, AFS, IAR, MACS. Todos os autores assumem a responsabilidade pública pelo conteúdo do artigo.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

