

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ/BRASÍLIA
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Ana Carolina Marques Binacett

Pedro Terra Teles de Sá

O APOIO INSTITUCIONAL NO DISTRITO FEDERAL SEGUNDO O PROGRAMA
NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA
(PMAQ)

Brasília

2018

Ana Carolina Marques Binacett

Pedro Terra Teles de Sá

O APOIO INSTITUCIONAL NO DISTRITO FEDERAL SEGUNDO O
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA
QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do grau de especialista em saúde coletiva pela Escola Fiocruz de Governo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Francini Lube
Guizardi

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Jakeline Ribeiro
Barbosa

Brasília

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B612a Binacett, Ana Caroline Marques

O apoio institucional do Distrito Federal segundo o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) / Ana Caroline Marques Binacett, Pedro Terra Teles de Sá. – Brasília, 2018.

44 f. : il.

Orientador: Francini Lube Guizardi;

Coorientador: Jakeline Ribeiro Barbosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização – Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Fiocruz de Governo, Brasília, 2018.

1. Apoio institucional. 2. Atenção Básica de Saúde. 3. PMAQ. I. Sá, Pedro Terra Teles de. II. Guizardi, Francini Lube. III. Barbosa, Jakeline Ribeiro. IV. Título.

CDU: 614

Bibliotecária responsável: Caroline Lago de Carvalho Pires CRB-DF 3170

Ana Carolina Marques Binacett
Pedro Terra Teles de Sá

Apoio institucional no Distrito Federal segundo o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)

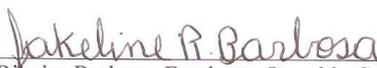
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Fiocruz de Governo
como requisito parcial para obtenção do
título de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em 29/03/2018.

BANCA EXAMINADORA



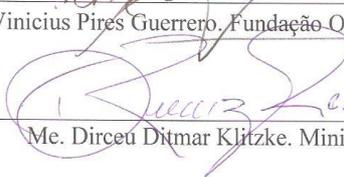
Dra. Francini Lube Guizardi, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Dra. Jakeline Ribeiro Barbosa, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Me. Andre Vinicius Pires Guerrero, Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



Me. Dirceu Ditmar Klitzke, Ministério da Saúde

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a implementação do apoio institucional nas equipes de atenção básica de saúde do Distrito Federal a partir dos microdados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo desenvolvido com base nos microdados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um inquérito realizado no âmbito municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). **RESULTADOS:** Os resultados deste estudo mostram que provavelmente não há grande influência do apoio institucional nas dimensões de democracia institucional e capacidade de análise das equipes da AB de Saúde, como também não demonstram melhorias no resultado prático do trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** propõem-se que sejam realizadas ações de Sensibilização da secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, no intuito de se adotar o apoio institucional no DF como política pública, que traga mudanças democráticas, no processo de trabalho e nas relações na SES/DF; é necessário que a partir de tal sensibilização, sejam alinhados conceitos como o do próprio apoio institucional, mas também o de educação permanente, para servirem como base para o desenvolvimento de ações futuras na atenção básica do DF.

PALAVRAS-CHAVE: Apoio institucional; Atenção Básica de Saúde; PMAQ.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the implementation of the national basic health care programs of the Federal District (PMAQ). **METHODS:** This is a cross-sectional study based on microdata of the second cycle of the National Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB), published in the municipality of the Unified Health System (SUS). **RESULTS:** the results of this study were expanded in relation to the capacity of institutional support and capacity of analysis of AB cases, as well as not shown improved by the result. **FINAL CONSIDERATIONS:** the decision-making actions of the State Department of Health of the Federal District (SES / DF) are proposed, without adopting the institutional support in the Federal District as a public policy that brings about democratic changes without a labor process in the na SES / DF; it needs to be sensitized, be accompanied by concepts such as institutional support, but also permanent, to serve as a basis for the development of their actions.

KEY WORDS: Institutional support; Basic Health Care; PMAQ

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar la implementación de los programas nacionales de atención básica de salud del Distrito Federal (PMAQ). **MÉTODOS:** Se trata de un estudio de carácter transversal basado en los microdatos del segundo ciclo del Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB), publicado en el municipio del Sistema Único de Salud (SUS). **RESULTADOS:** los resultados de este estudio fueron ampliados en relación a la capacidad de soporte institucional y de capacidad de análisis de casos de AB, como tampoco demuestran mejorado por el resultado. **CONSIDERACIONES FINALES:** se proponen cuáles son las acciones de toma de decisión de la Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal - SES / DF, sin que se adopte el apoyo institucional en el DF como política pública, que traiga cambios democráticos, sin proceso de trabajo en las en las SES / DF; es necesario que se sensibilice, sea acompañado de conceptos como el propio apoyo institucional, pero también el de permanente, para servir de base para el desarrollo de sus acciones.

PALABRAS CLAVE: Apoyo institucional; Atención Básica de Salud; PMAQ

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Dimensão capacidade de análise.....	20
Quadro 2 Dimensão democracia institucional.....	21
Quadro 3 Características do processo de trabalho das equipes de atenção básica.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pela dimensão capacidade de análise em saúde* segundo os microdados do 2º ciclo do PMAQ.....	26
Tabela 2 Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pela dimensão democracia institucional* (planejamento participativo e cogestão) segundo os microdados do 2º ciclo do PMAQ.....	28
Tabela 3 Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pelas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. segundo dados do 2º ciclo do PMAQ.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – ATENÇÃO BÁSICA

AI – APOIO INSTITUCIONAL

DAD – DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO

DF – DISTRITO FEDERAL

ESF – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NAI – NÃO RECEBE APOIO INSTITUCIONAL

NGAI – NÚCLEO GESTOR DE APOIO INTEGRADO

NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PMAQ-AB – PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

PSC – PROGRAMA SAÚDE EM CASA

RUTE – REDE UNIVERSITÁRIA DE TELEMEDICINA

SES-DF – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

SUDS – SISTEMA UNIFICADO DESCENTRALIZADO DE SAÚDE

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNASUS – UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 OBJETIVOS	19
1.1.1 Objetivo geral.....	19
1.1.2 Objetivos específicos	19
2 MÉTODOS E DESENVOLVIMENTO	20
2.1 Delineamento e contexto.....	20
2.2 Amostragem	20
2.3 Análise exploratória de dados	20
2.4 Variáveis selecionadas	21
2.5 Resultados encontrados.....	28
2.6 Discussão dos resultados.....	36
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42

1 INTRODUÇÃO

Desde sua criação o Sistema Único de Saúde (SUS) traz em sua trajetória a busca por um rompimento no modo de se “fazer saúde”, tanto pela perspectiva do processo saúde-doença como no posicionamento de trazer o movimento democrático para o direcionamento de seu funcionamento. Nesse processo algumas barreiras ainda se apresentam como entraves para sua consolidação. A transição para um novo modelo assistencial e novos modos de gestão se constituem como objetivos atuais. A Atenção Básica (AB), que desempenha importante papel na consolidação do SUS, enfatiza a mudança do modelo assistencial em sua essência. Incorpora elementos da reforma sanitária brasileira, atua de forma capilarizada no território com abordagem familiar e comunitária, tendo como princípios a universalidade, acessibilidade, integralidade, coordenação do cuidado, continuidade, responsabilização, vínculo, equidade e participação social (1, 2, 3).

Inserindo-se nas inovações do modo gerencial, desafio constante no SUS, o Método da Roda ou Paidéia nos traz novos olhares para a gestão, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Uniu saberes da política, psicanálise, planejamento, análise institucional e pedagogia na busca por ampliar a capacidade de análise e de intervenção sobre o contexto vivenciado cotidianamente pelos sujeitos, de forma democrática em espaços coletivos organizados de gestão, ou seja, exercer a co-gestão. Nisto, o Apoio Institucional se constitui como uma função gerencial que tem por objetivo apoiar estes espaços co-gestivos (4).

A experiência do apoio tem sido vivenciada em diversos níveis da gestão e serviços. É importante neste momento evidenciar a diferenciação conceitual entre o Apoio Matricial e Apoio Institucional. Oliveira (2011) faz uma sugestão de conceitos sendo o Apoio Institucional voltado para produção de análise e transformação dos processos de trabalho e modos de relação numa organização. Já o Apoio Matricial consiste em arranjo organizacional ou modo de apoio em que um conjunto de saberes, práticas e/ou de competências concentradas em determinados

setores, grupos ou indivíduos de uma organização, é ofertado em metodologia de apoio a outras partes da organização por serem necessários para a resolução de demandas ou problemas (5).

As primeiras sistematizações sobre Apoio, que se apropriaram do conceito de Apoio Institucional no Ministério da Saúde (MS), iniciaram em 2003 em movimentos desencadeados principalmente pela Política Nacional de Humanização (PNH) e pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) no período de 2003 a 2010, e a partir de 2011 pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (NGAI). A AB começou a utilizar a metodologia do Apoio Matricial com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) aprovado pela Portaria nº 154/2008 (6). Em 2011, a nova versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabeleceu o Apoio Institucional como uma de suas estratégias para qualificação e consolidação da AB a ser desenvolvida pelos três níveis de gestão. A PNAB (2017) listou algumas ações que podem ser desenvolvidas pelo sanitarista do NASF (não exclusivamente) no apoio institucional/matricial como:

análise e intervenção conjunta sobre riscos coletivos e vulnerabilidades, apoio à discussão de informações e indicadores de saúde (bem como de eventos-sentinelas e casos traçadores e analisadores), suporte à organização do processo de trabalho (acolhimento, cuidado continuado/programado, ações coletivas, gestão das agendas, articulação com outros pontos de atenção da rede, identificação de necessidades de educação permanente, utilização de dispositivos de gestão do cuidado etc.) (7).

No movimento de consolidação e expansão da AB o Ministério da Saúde pactuou em 2011 com os estados e municípios o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) com objetivo central de induzir processos de melhoria da qualidade e ampliação da AB com um padrão de qualidade comparável nos territórios (8).

Dividido em quatro momentos - adesão e contratualização; desenvolvimento; avaliação externa, e; recontratualização. A organização do programa em ciclos busca gerar

movimentos instituintes e promover a cultura da mudança nos serviços de AB de modo a cumprirem os princípios e diretrizes do SUS. Desta forma, a cada dois anos se inicia um novo ciclo do PMAQ.

No momento da avaliação externa, o apoio institucional é tido como categoria de análise. As respostas obtidas sobre apoio e outros elementos constitutivos, que serão contextualizadas mais adiante, servirão para análise do Apoio Institucional no âmbito do Distrito Federal (DF).

Algumas experiências sistematizadas no Distrito Federal nos relatam sobre o processo de apoio institucional no âmbito da AB (9, 10), onde as autoras observaram maior implicação dos trabalhadores nos processos de mudança e maior satisfação, coprodução de autonomia, ampliação da capacidade de análise, mudança nos processos de trabalho, humanização e melhora da comunicação entre membros da equipe e interequipes; mudança no modelo de atenção e gestão.

Leila Göttems (2010) fez um resgate histórico das políticas de saúde no Distrito Federal desde sua criação. Em 1960, ano de sua criação, as políticas de saúde do país estavam voltadas para o crescimento das tecnologias e especialidades médicas. O Plano de Saúde Bandeira de Melo foi desenhado para a capital brasileira contando com um hospital de alta complexidade, onze hospitais gerais e seis hospitais rurais. A estrutura alcançada em 1970 era de seis hospitais, cinco postos de saúde, uma Unidade Integrada de Saúde e a avaliação negativa da população por conta da demanda reprimida, e limitação na qualificação dos profissionais de saúde. Em 1979, Jofran Frejat propôs um novo modelo de organização para a saúde do DF. Inspirado em Alma Ata, o foco da política seria a atenção primária, prestada por centros de saúde e postos rurais com especialidades básicas em ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia para cada 30 mil habitantes (13).

No pensamento de garantir a integralidade, também estava prevista a construção de hospitais regionais nas cidades satélites e o hospital base para alta complexidade. Apesar do posicionamento contra hegemônico e hospitalocêntrico, a prática dos profissionais não acompanhou as mudanças propostas, o que acarretou no retorno da população por busca assistencial em pronto atendimento. Um dos motivos de dificuldade da implementação do Plano Frejat foi a ausência de espaços legitimados para a exposição das demandas por parte da comunidade (13).

No período de 1983 a 1990 ocorrem marcos importantes no Brasil e na saúde. Com a promulgação da Constituição Federal e a institucionalização da participação social nos processos decisórios das políticas em saúde, ocorre a I Conferência de Saúde do Distrito Federal, na qual foram levantadas dificuldades a serem superadas, como desconsideração pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, falta de participação social e dos profissionais na implantação do modelo de atenção, princípios condutores do plano de saúde abandonados e dominância do modelo hospitalocêntrico. O Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) foi criado e todas as instituições de saúde foram ligadas à Secretaria Estadual de Saúde do DF. Junto a esta mudança, foi criada uma escola de formação e capacitação para servidores da área da saúde. Nesse período houve reforma das unidades básicas de saúde e foco nos programas de vigilância epidemiológica, saúde da mulher, da criança, controle de doenças sexualmente transmissíveis e imunização (13).

No período de 1990 a 1998, alguns dos desafios da I Conferência de Saúde do Distrito Federal se mantiveram na II Conferência, acrescidos do aumento da população desordenado, diminuição dos recursos para saúde e falta de políticas para formação de recursos humanos para o setor. Foi então criado o Programa Saúde em Casa (PSC), estratégia para organizar a Atenção Primária com apoio do Ministério da Saúde. Apesar de ter aumentado a cobertura houve certa desarticulação e trabalho paralelo ao tradicional que já estava instituído

na rede e resistência dos profissionais do quadro da SES-DF por conta da diferença salarial dos profissionais contratados para o PSC. Os conflitos entre os profissionais e a gestão levaram ao enfraquecimento, seguido da não adesão e retorno ao modelo tradicional de atenção primária (13).

A partir de 1999, os profissionais da AB passaram a receber gratificação de 20%. Até 2007, período analisado no estudo, mais postos urbanos foram construídos e houve contratação dos demais profissionais para completar as equipes do Programa Saúde da Família (PSF). A APS passa a ser marco das mudanças na política de saúde e integrar pauta de discussões entre profissionais. Começa a ser objeto de disputas político-partidárias e justificar as parcerias público-privadas no setor saúde. O funcionamento das unidades tradicionais se manteve, e no período de 2005-2008 o DF propôs o Plano de Conversão que tem por objetivo a adoção dos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para os centros tradicionais, mas sem um plano para organização nos demais níveis de atenção para organização da rede (13).

Houve retomada em fevereiro de 2017 do projeto de conversão dos serviços tradicionais com a publicação da Portaria nº 78 (12). O plano traz no seu primeiro ano de vida os mesmos equívocos operacionais para implementação da ESF no território, sem o apoio dos profissionais e comunidade e poucas reflexões sobre os demais níveis assistenciais para organização da rede assistencial de forma a garantir a integralidade do cuidado.

Neste momento em meio a tantas mudanças na AB do Distrito Federal, o Apoio Institucional apresenta potência em se constituir como uma alternativa ao modo de gestão, planejamento e monitoramento hoje constituídos.

Com as informações do 2º Ciclo do PMAQ, buscaremos discutir sobre o apoio já existente na rede do Distrito Federal com intuito de questionar e refletir sobre suas dificuldades e potencialidades a fim de fortalecer sua utilização no território.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Analisar a implementação do apoio institucional nas equipes de atenção básica de saúde do Distrito Federal a partir dos microdados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever a dimensão democracia institucional do perfil de apoio institucional realizado na Atenção Básica de Saúde no Distrito Federal;
- Descrever dimensão capacidade de análise do apoio institucional na Atenção Básica de Saúde no Distrito Federal;
- Descrever o modelo de atenção a partir de características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica;

2 MÉTODOS E DESENVOLVIMENTO

2.1 Delineamento e contexto

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo desenvolvido com base nos microdados do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um inquérito realizado no âmbito municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 Amostragem

A participação das equipes de atenção básica no PMAQ, tanto no Brasil quanto no Distrito Federal, se dá por adesão, o que caracteriza uma amostra não probabilística, por conveniência, atendendo assim os requisitos de validade interna para as equipes que participaram do inquérito, mas não possibilitando fazer inferência dos resultados para as equipes do DF como um todo. No presente trabalho foram utilizados os dados de 110 equipes de atenção básica do DF que aceitaram responder ao questionário do PMAQ.

2.3 Análise exploratória de dados

Realizamos análise descritiva dos dados do segundo ciclo do PMAQ, onde que foram selecionados dados do Distrito Federal (DF) obtidos com a aplicação do procedimento de avaliação externa do PMAQ, em que se entrevistou um profissional de cada equipe da Atenção Básica de Saúde que aderiu ao segundo ciclo PMAQ. Foi realizado o tratamento do banco de dados, sendo retiradas informações que expusessem a identidade das equipes que responderam ao inquérito, em seguida foram calculadas proporções das variáveis categóricas, com cruzamento entre a variável dependente e as variáveis independentes.

2.4 Variáveis selecionadas

Neste estudo, investigou-se o apoio institucional utilizando a pergunta: *“Sua equipe recebe apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Municipal de saúde com o objetivo de discutir, de forma conjunta, sobre o processo de trabalho auxiliando nos problemas identificados?”*.

Os resultados foram divididos em dois grupos: equipes que recebem apoio institucional (AI) e equipes que não recebem apoio institucional (NAI), que foram analisados separadamente, de acordo com cada uma das 18 variáveis selecionadas.

Para além das perguntas no instrumento respondido pelas equipes referentes ao apoio institucional, foram selecionadas variáveis relacionadas a processos de trabalho que constituem foco da intervenção do apoio institucional. Tais variáveis foram divididas em três dimensões: I) democracia institucional (planejamento participativo e cogestão); II) capacidade de análise (educação permanente e acesso à informação) e III) características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica.

A primeira dimensão, Democracia Institucional, é um dos eixos que fundamentam o Método da Roda que tem como elemento básico a produção de espaços democráticos. Campos coloca o método como anti-taylor, por sua busca em alterar o modo tradicional de gerenciamento, e coloca como objetivos principais o fortalecimento dos sujeitos e a construção de democracia institucional. Nos questiona como produzir então tal democracia nas instituições. Segundo ele, não há formas de produzir democracia isoladamente, mas é um produto social que necessita de espaços de poder compartilhado. Logo, o método tem por objetivo um novo modo de gestão e planejamento em que o exercício do poder seja compartilhado, numa produção de bens e serviços, mas também de sujeitos, Paidéia (4).

Tendo apresentado a primeira dimensão aqui utilizada para análise, a segunda, Capacidade de Análise, sustenta a democracia institucional. Campos nos traz a reflexão de que a constituição de espaços coletivos de cogestão e democráticos são formados por sujeitos concretos. Essencialmente a construção destes espaços depende da ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e dos grupos implicados.

A respeito do objetivo voltado para descrever o modelo de atenção a partir das características do processo de trabalho na AB, foram selecionadas variáveis que contemplem a caracterização do trabalho da equipe de saúde da família pela PNAB. As primeiras perguntas relacionadas a definição da área de abrangência, último mapeamento realizado, demanda espontânea e acolhimento estão relacionadas às características I, II, III, IV, que abordam respectivamente sobre: a adstrição do território; programação e implementação de ações segundo grupos de frequência, risco, vulnerabilidade e frequência; desenvolver ações que priorizem grupos de risco; realizar acolhimento com escuta de qualidade. A penúltima pergunta que aborda o retorno dos encaminhamentos aos especialistas corresponde a V caracterização: prover atenção integral, contínua e organizada à população adstrita. Por fim, a característica VIII aborda a realização de visitas a usuários que são impossibilitados de comparecer ao serviço necessitam de atenção domiciliar (7).

Quadro 1 Dimensão capacidade de análise

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	
1.	<p>Qual(is) dessa(s) ação(ões) a equipe participa?</p> <p>a) Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão;</p> <p>b) Cursos presenciais;</p> <p>c) Telessaúde;</p> <p>d) RUTE – Rede Universitária de Telemedicina;</p> <p>e) UNASUS;</p> <p>f) Curso de Educação à Distância;</p> <p>g) Troca de experiência;</p> <p>h) Tutoria/preceptoria;</p> <p>i) A unidade básica como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros;</p> <p>j) Outro(s);</p> <p>k) Não participa de nenhuma ação de educação permanente.</p>
ACESSO À INFORMAÇÃO	
2.	<p>A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?</p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p>
3.	<p>A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?</p> <p>a) Sim</p>

	b) Não
4.	<p>A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?</p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p>

Quadro 2 Dimensão democracia institucional

PLANEJAMENTO PARTICIPATIVO	
5.	<p>A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?</p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p>
6.	<p>A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?</p> <p>a) Semanal;</p> <p>b) Bimestral;</p> <p>c) Trimestral;</p> <p>d) Semestral;</p> <p>e) Anual;</p> <p>f) A equipe não realiza planejamento.</p>

7.	A equipe recebe apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho? a) Sim b) Não
COGESTÃO	
8.	Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses? a) Sim b) Não
9.	A equipe realiza reunião? a) Sim b) Não
10.	Esse apoio foi por indução do PMAQ? a) Sim b) Não
11.	Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas? a) Muito bom; b) Bom; c) Regular; d) Ruim; e) Muito ruim;

	f) Não sabe/não respondeu.
12.	<p>A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?</p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Não sabe/não respondeu</p>

Quadro 3 Características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica

13.	<p>Existe definição da área de abrangência da equipe?</p> <p>a) Sim</p> <p>b) Não</p> <p>c) Não sabe/não respondeu</p>
14.	<p>Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?</p> <p>a) Menos de 1 mês;</p> <p>b) De 1 mês a 1 ano;</p> <p>c) Mais de um 1 a dois anos</p>

15.	A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade? a) Sim b) Não
16.	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? a) Sim b) Não c) Não sabe/não respondeu
17.	A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados? a) Sim, sempre b) Sim, na maioria das vezes c) Sim, poucas vezes d) Não há retorno
18.	As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade? a) Sim b) Não

2.5 Resultados encontrados

No 2º ciclo do PMAQ foram entrevistadas 110 equipes de AB do Distrito Federal (DF), destas, 55 (50,0%) afirmaram receber apoio institucional permanente de uma equipe ou pessoa da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), para discussão conjunta do processo de trabalho e auxílio na resolução de problemas. Das equipes que recebem apoio institucional, 98,2% afirmam participar de ações de educação permanente, sendo ainda que, 98,2% das equipes participam de seminários, mostras, oficinas e discussão de grupos presenciais, 94,6% participam de cursos presenciais, 23,6% de telessaúde, 16,4% da RUTE (Rede Universitária de Telemedicina), 12,7% fazem UNASUS, 27,3% afirmaram fazer cursos de educação à distância, 69,1% realizam trocas de experiência, 36,4% participam de tutoria/preceptoria, 38,2% têm a Unidade Básica de Saúde como formação de ensino aprendizagem com alunos de graduação, especialização, residência, entre outros e 12,3% afirmam participar de outras formas de educação permanente. Nas equipes que afirmaram não receber apoio institucional, 85,2% afirmaram participar de ações de educação permanente, sendo que 83,3% participam de seminários, mostras, oficinas e grupos de discussão, 89,0% participam de cursos presenciais, 20,4% de telessaúde, 3,7% da RUTE, 7,4% do UNASUS, 18,5% de cursos de educação à distância, 51,9% de troca de experiência, 18,5% de tutoria/preceptoria, 38,9% Usam a UBS como espaço de formação de ensino aprendizagem com alunos de graduação, especialização, residência, etc. 3,7% outros e 5,7% não participam de nenhuma ação de educação permanente.

Tabela 1. Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pela dimensão capacidade de análise em saúde* segundo os microdados do 2º ciclo do PMAQ.

Variáveis	AI**	%	NAI***	%
Quais dessas ações de educação permanente a equipe participa?				
Seminários, Mostras, Oficinas, Grupos de discussão	54	98,2	45	83,3
Cursos presenciais	52	94,6	48	89,0
Telessaúde	13	23,6	11	20,4
RUTE – Rede Universitária de Telemedicina	9	16,4	2	3,7
UNASUS	7	12,7	4	7,4
Curso de Educação à Distância	15	27,3	10	18,5
Troca de experiência	38	69,1	28	51,9
Tutoria/preceptoria	20	36,4	10	18,5
A UBS como espaço de formação de ensino aprendizagem com os alunos de graduação, especialização, residentes, entre outros	21	38,2	21	38,9
Outro(s)	7	12,7	2	3,7

Não participa de nenhuma ação de educação permanente	0	0,0	3	5,7
A gestão disponibiliza para a equipe informações que auxiliem na análise de situação de saúde?	48	87,3	33	61,1
A equipe de atenção básica realiza monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde?	40	72,7	33	61,1
A equipe recebe apoio para a discussão dos dados de monitoramento do Sistema de informação?	39	70,9	24	44,4

*Capacidade de análise em saúde (educação permanente e acesso à informação). **Apoio Institucional. ***Não recebe apoio institucional

Em relação ao acesso à informação das equipes que recebem apoio institucional, 87,3% relataram que a gestão disponibiliza informações que auxiliam na análise de situação de saúde. 72,7% afirmam realizar monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. 70,9% das equipes com AI dizem também receber o apoio para a discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação.

Entre as equipes que não recebem apoio institucional 61,1% dizem que a gestão disponibiliza informações que auxiliem na análise da situação de saúde. 61,1% realizam

monitoramento e análise dos indicadores e informações de saúde. 44,4% recebem apoio para discussão dos dados de monitoramento do sistema de informação.

Tabela 2. Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pela dimensão democracia institucional* (planejamento participativo e cogestão) segundo os microdados do 2º ciclo do PMAQ.

Variáveis	AI**	%	NAI***	%
A equipe realizou alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente?	49	89,1	48	88,9
A equipe realiza atividade de planejamento e programação de suas ações com qual periodicidade?				
Semanal	1	1,8	1	1,9
Bimestral	1	1,8	0	-
Trimestral	2	3,6	1	1,9
Semestral	0	0,0	2	3,7
Anual	0	0,0	0	-
A equipe não realiza planejamento	2	3,64	2	3,7
Não se aplica	49	89,1	48	88,9
A equipe recebe apoio para o planejamento e	49	89,1	28	51,9

organização do processo de trabalho?

Foi realizado algum processo de autoavaliação pela equipe nos últimos 6 meses?	46	83,6	40	74,1
--	----	------	----	------

A equipe realiza reunião?	54	98,2	54	100,0
---------------------------	----	------	----	-------

Esse apoio foi por indução do PMAQ?	22	40,0	-	-
-------------------------------------	----	------	---	---

Como a equipe avalia o trabalho conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas?

Muito bom	15	27,3	-	-
-----------	----	------	---	---

Bom	28	50,9	-	-
-----	----	------	---	---

Regular	11	20,0	-	-
---------	----	------	---	---

Ruim	-	-	-	-
------	---	---	---	---

Muito ruim	-	-	-	-
------------	---	---	---	---

A equipe de atenção básica recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	48	87,3	42	77,8
---	----	------	----	------

*Planejamento participativo e cogestão. **Apoio Institucional. ***Não recebe Apoio Institucional.

Das equipes que recebem apoio institucional, 89,1% realizaram alguma atividade de planejamento de suas ações mensalmente. 89,1% afirmam receber apoio para o planejamento

e organização do processo de trabalho. 83,6% realizou algum processo de autoavaliação nos últimos 3 meses. 98,2% das equipes que recebem apoio institucional realizam reuniões. 40,0% afirmam que esse apoio foi desenvolvido por indução do PMAQ. Em relação a como as equipes avaliam o trabalho em conjunto com o apoiador institucional para a qualificação do processo de trabalho e no enfrentamento dos problemas, 27,3% afirmam ser muito bom, 50,9% bom e 20,0% regular. 52,8% das equipes relata receber apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos.

Das equipes que não têm apoio institucional, 88,9% afirmaram realizar alguma atividade de planejamento das ações mensalmente, dentre estas, 1,9% realizam planejamento mensal, nenhuma afirmou fazer bimestralmente, 1,9% trimestral, 3,7% semestral, nenhuma faz anualmente e 3,7% não realiza planejamento. Destas equipes, 51,9% relatam receber apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho. 74,1% realizaram algum processo de autoavaliação nos últimos 6 meses. 100% das equipes realizam reunião. 77,8% recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos.

Tabela 3. Apoio institucional na Atenção Básica de Saúde do Distrito Federal pelas características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. segundo dados do 2º ciclo do PMAQ.

Variáveis	AI*	%	NAI**	%
Existe definição da área de abrangência da equipe?	53	96,4	52	96,3

Quando foi realizado o último mapeamento da área da abrangência da equipe?

Menos de 1 mês	12	21,8	6	11,1
De 1 mês a 1 ano	31	56,4	26	48,2
Mais de um 1 a 2 anos	4	7,3	8	14,8
Mais de 2 anos	3	5,45	8	14,8
A equipe realiza acolhimento à demanda espontânea nesta unidade?	55	100,0	53	98,2
A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários?	50	90,9	49	90,7
A equipe de AB obtém retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados?				
Sim, sempre	1	1,8	1	1,9
Sim, na maioria das vezes	8	14,6	4	7,4
Sim, poucas vezes	19	34,6	17	31,5
Não há retorno	27	49,1	32	59,3

As famílias da área de abrangência da equipe de atenção básica são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade?	52	94,6	49	90,7
--	----	------	----	------

*Apoio Institucional. **Não recebe Apoio Institucional.

Em relação às características dos processos de trabalho da AB do DF que afirmam receber apoio institucional, 96,4% afirmam que em suas unidades de saúde existe definição de área de abrangência, sendo que 21,8% realizaram o último mapeamento da abrangência em menos de 1 mês. A maioria das unidades (56,4%) realizou o mapeamento no período de 1 mês a 1 ano, seguindo por 7,3% há mais de 1 ano a 2 anos e 5,45% em mais de 2 anos. Todas as 55 equipes afirmaram realizar acolhimento à demanda espontânea em suas unidades de saúde, sendo que 90,9% afirmaram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Sobre as equipes que recebem apoio institucional e obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas sobre os usuários encaminhados, 1,8% afirmam receber sempre, 14,6% recebem na maioria das vezes, 34,6% afirmam receber poucas vezes e 49,1% alegam não haver retorno. Das famílias da área de abrangência das equipes de AB, 94,6% são visitadas com periodicidade distinta de acordo com a avaliação de risco e vulnerabilidade, segundo relato das equipes.

Das equipes que afirmam não receber apoio institucional, 96,3% relataram não existir definição da área de abrangência da equipe. Em relação ao último mapeamento da área de abrangência da equipe, 11,1% realizou em menos de 1 mês, 48,2% de 1 mês a 1 ano, 14,8% mais de 1 a dois anos e 14,8% mais de 2 anos. 98,2% alegou realizar acolhimento à demanda

espontânea na unidade de saúde. 90,7% realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Quando perguntadas se obtêm retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados, 1,9% respondeu sim, sempre, 7,4% sim, na maioria das vezes, 31,5% sim, poucas vezes e 59,3% que não há retorno. 90,7% afirma que as famílias da área de abrangência da equipe de ABS são visitadas com periodicidade distinta de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade.

2.6 Discussão dos resultados

Os resultados deste estudo mostram que em relação à capacidade de análise, as equipes que recebem apoio institucional apresentam resultados levemente melhores se comparadas às equipes que não recebem apoio institucional, entretanto, os resultados na dimensão democracia institucional e nas características do processo de trabalho das equipes, os resultados foram muito próximos, o que pode indicar que ter apoio institucional, nessa amostra, não se significou mudanças na parte prática do trabalho em saúde na AB. Mas é esses resultados devem ser analisados criticamente, já que a análise foi realizada em uma amostra que não é representativa da atenção básica do DF, por se tratar de uma amostra por conveniência, que incluiu apenas 110 unidades de saúde, assim, a principal limitação deste estudo é impossibilidade de generalização dos dados, conferindo apenas validade interna para a própria amostra estudada. Cabe lembrar que a escolha de tal delineamento da amostra foi escolha do Ministério da Saúde que é o realizador do PMAQ.

Do ciclo I do PMAQ em relação ao ciclo II, as equipes que aderiram ao programa cresceram em frequência absoluta de 28 para 110, da mesma forma cresceu o número de equipes recebendo apoio de 15 para 55 respectivamente, no entanto não houve crescimento da frequência relativa do ciclo I (53,6%) para o ciclo II (50,0%) (14). Percebe-se que a contribuição

do PMAQ, neste segundo ciclo, na indução do apoio foi baixa (40,0%), como verificado na Tabela 2. Uma outra hipótese para o baixo avanço no número de equipes com apoio institucional pode ser o baixo incentivo da gestão para realizar esse avanço, que poderia auxiliar no processo de transição da AB de saúde que o DF vem implementando (12).

Como nos trouxe a reflexão Ligia Melo (2015), o Apoio Institucional ser contemplado na avaliação externa do PMAQ é um passo importante para a institucionalização e reforço para a ampliação da democracia nas instituições e autonomia dos sujeitos, no entanto, uma limitação do instrumento é não trazer a concepção que as equipes têm sobre o tema. Oliveira (2011) nos traz o entendimento que o apoio deve ser tomado como uma função, baseada em arranjos concretos, que coloca em relação sujeitos com pluralidade de desejos e interesses, tendo como missão ativar objetivos de investimentos mais coletivos, apoiar na ampliação da capacidade de problematização, invenção de problemas, relação com outros sujeitos e transformação do mundo e de si, uma tarefa clínica-crítica-política (5).

No manual instrutivo do PMAQ-AB (2013), apoio institucional é conceituado como:

função gerencial que busca a reformulação do modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve assumir como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do cotidiano. O apoio institucional deve ainda operar como um forte disparador de processos que propiciem o suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los.

Klitzke (2013) analisou o Apoio Institucional com os dados do 1º Ciclo do PMAQ (16). Em seus achados, o apoiador institucional é referência para 65,3% das equipes do PMAQ, sendo um número alto, mas tendo também um possível viés das equipes entenderem o Apoio Institucional apenas como formas que a gestão/direção da SMS ou pessoas dos programas se

relacionam com as equipes. Ainda, observou que 43,3% dos profissionais que prestam apoio institucional são profissionais da vigilância em saúde, o que pode expressar mais um apoio matricial do que de fato apoio institucional (16).

Os resultados da dimensão Capacidade de Análise das equipes que recebem o apoio institucional, por mais que tenha tido uma avaliação timidamente melhor do que as que não recebem o apoio, não apresenta significância. No entanto, a única variável que trouxe uma diferença visível nesta dimensão foi sobre apoio para discussão dos dados de monitoramento do Sistema de Informação, na qual 70,9% das equipes que recebem apoio afirmaram ter, contra 24% nas equipes que responderam não receber.

Esta informação nos traz o questionamento se as equipes que referiram receber Apoio Institucional de fato possuem o entendimento ético-político do método. Paulon, Pasche e Right (2014) chegaram a constatação de que nem tudo que se diz fazer e se tem feito em nome do apoio está fundamentado na ideia original de apoio e da função apoio, comprometido com os princípios de produção de autonomia e de espaços co-gestivos, transformando o trabalho em campo de criação (17). Faz-se necessário problematizar que apoio institucional às equipes têm recebido, pode ser considerado institucional? Matricial? Como tem sido o trabalho do apoiador no território? Que processos têm desencadeado?

O apoio institucional é apontado na literatura como disparador de novos processos de gestão e de planejamento participativo na AB de saúde (8, 17). O presente estudo mostra uma alta frequência de realização do planejamento participativo mensal tanto nas equipes que recebem apoio institucional, quanto nas que não recebem. Cabe questionar qual é a participação do apoio no planejamento das equipes, já que não foi encontrada diferença desse aspecto em relação às equipes que não recebem apoio. Por outro lado, as equipes que recebem apoio institucional apresentam frequência elevada em relação a receber apoio para o planejamento e organização do processo de trabalho, em relação às equipes que não recebem apoio (Tabela 2).

Melo et al (2017) encontrou, no ciclo I do PMAQ uma frequência de 62,4% na realização do planejamento e organização do processo de trabalho das equipes das capitais e 48,4% nas equipes do Brasil, frequências menores do que as encontradas no presente trabalho, mas que abre a questão do que é considerado apoio pelas equipes no planejamento e organização do processo de trabalho, já que as equipes que afirmaram não receber apoio institucional, ainda assim receberam apoio nesse aspecto (14).

Segundo Cruz (2014), a discussão feita a respeito da autoavaliação realizada pelas equipes de saúde, propicia o pensamento crítico sobre o processo de trabalho (18). Os achados de Melo (2017) mostram que no ciclo I do PMAQ o apoio no processo de autoavaliação das equipes das capitais teve um percentual de 61,1%, já no Brasil inteiro foi de 67,2% (14). A baixa frequência da autoavaliação, tanto nas capitais como no Brasil, suscita a questão da participação dos apoiadores nas equipes, como provocadores do pensamento crítico dos processos de trabalho e geradores de mudanças. Em contraste no presente estudo o processo de autoavaliação das equipes com apoio institucional e das equipes sem o apoio institucional foram elevados, no entanto as primeiras apresentam frequências um pouco mais elevadas que as segundas, ainda assim é necessário questionar a participação do apoio nesse processo, e o quanto a sua presença está sendo diferencial na autoavaliação.

Quase a totalidade das equipes, tanto as que recebem apoio quanto as que não recebem, realizam reuniões, os números expressivos podem indicar que a institucionalização das reuniões de equipe está sendo exitosa no DF, mas não é perceptível a influência do apoio institucional nesse processo, entretanto não fica claro a periodicidade em que são realizadas essas reuniões.

A avaliação de características do processo de trabalho das equipes que receberam apoio institucional em relação ao trabalho conjunto do apoio institucional na qualificação do processo de trabalho e enfrentamento de problemas mostrou os seguintes resultados: regular

20,0%, bom 50,9% e muito bom 27,3%, observando que não houve avaliação do apoio como ruim e muito ruim. Mesmo sem avaliações mais negativas, era de se esperar que o apoio impactasse nas outras variáveis estudadas, por ser compreendido como uma estratégia de mudança (14). Também neste ponto é importante questionar como as equipes entendem o apoio e quem o tem exercido nas unidades de saúde. Em consonância com o presente estudo, Melo (2017) encontrou no ciclo I do PMAQ as maiores avaliações do apoio nos itens bom e muito bom, mas mesmo estes achados corroborando com o presente estudo, ainda suscitam a questão de como o apoio vem sendo compreendido, além de como está sendo trabalhado o processo de trabalho dos próprios apoiadores (14). É importante observar que a avaliação do PMAQ é seccional e que o programa visa induzir mudanças nas equipes de AB. No entanto o delineamento do inquérito não permite que se avalie se as equipes que recebem apoio vêm sustentando mudanças ao longo do tempo e se as equipes que não recebem apoio tiveram suas altas frequências influenciadas pela avaliação do PMAQ.

As equipes que têm apoio institucional recebem mais apoio de outros profissionais na resolução de casos complexos do que as equipes que não recebem apoio institucional, esses resultados são concordantes com a realização do processo de autoavaliação de ambos os grupos. É provável que em certo grau as equipes que recebem apoio institucional estejam reavaliando mais suas práticas de trabalho e problematizando mais coletivamente os casos que aparecem em suas unidades, incluindo no processo a discussão com outros profissionais.

A definição da área de abrangência pela equipe foi alta tanto nas equipes que recebem o apoio institucional quanto nas que não recebem, no entanto, as equipes com apoio apresentaram frequências um pouco maiores nas categorias de definição de área de abrangência em menos de 1 mês e de 1 mês a 1 ano, o oposto acontece nas categorias mais de 1 anos a 2 anos e mais de 2 anos, onde as equipes sem apoio apresentam frequências mais elevadas. É provável que ter apoio possa ter influência na realização desse processo em períodos mais

recentes por mais equipes que recebem apoio institucional, mas também se deve observar que parece ser uma tendência de ambos os grupos uma maior frequência da definição da área de abrangência no período de 1 mês a 1 ano.

Achados estratificados por regiões do Brasil descrevem que no ciclo I do PMAQ o acolhimento, em 2012, encontrava-se implantado em cerca de 92% da região Sudeste, 81% da região Sul, 81% da região Nordeste, 66% da região Centro-Oeste e 62% da região Norte. No presente estudo quase a totalidade de ambos os grupos, com e sem apoio institucional, afirmaram realizar acolhimento à demanda espontânea. O acolhimento é um dispositivo para a escuta qualificada e das demandas de saúde da vida e cotidiano dos usuários na ESF (19). Mas na realidade da AB, o acolhimento encontra dificultadores para sua implementação adequada, como a falta de preparo dos profissionais, hegemonia do modelo biologicista na prática de trabalho e deficiências na estrutura das unidades (20).

Em relação à avaliação de risco e vulnerabilidade, Clementino et al (2015) encontraram, em estudo estratificado pelas regiões do Brasil, no ciclo I do PMAQ frequências não concordantes sendo a mais elevada na região Sudeste 81,3%, seguida das regiões Sul 73,1%, Nordeste 71,4%, Centro -Oeste 57,3% e Norte 51,7% (21). Estes dados não são concordantes com os presentes achados do ciclo II no DF, onde tanto as equipes com apoio quanto as sem apoio apresentam cerca de 90% de frequência da variável.

Foi encontrada uma baixa frequência no retorno da avaliação realizada pelos especialistas dos usuários encaminhados, mesmo pelas equipes que recebem apoio institucional. Achados indicam que no sistema de saúde existem falhas nos encaminhamentos, como erros e casos de pacientes que poderiam ter seus problemas resolvidos na AB, sendo necessária uma revisão de protocolos para melhorar o fluxo (22). Uma hipótese também é de que o referenciamento dos usuários no SUS ainda não esteja bem estabelecido entre a AB e outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo sugerem que provavelmente o apoio institucional não tem gerado grande influência no trabalho das equipes de AB do Distrito Federal, para a amostra estudada. Se comparadas as equipes que não têm apoio institucional, às equipes que relatam receber apoio não apresentaram frequências com muita diferença nas variáveis da dimensão democracia institucional e nas variáveis relacionadas às características do processo de trabalho da AB, apesar de ser notada leve diferença na dimensão capacidade de análise. Assim, sugere-se que ações sejam adotadas no Distrito Federal para implementação e qualificação do apoio institucional em larga escala, nas equipes de AB. Para isso propõem-se que sejam realizadas ações de Sensibilização da secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF, no intuito de se adotar o apoio institucional no DF como política pública, que traga mudanças democráticas, no processo de trabalho e nas relações na SES/DF; é necessário que a partir de tal sensibilização, sejam alinhados conceitos como o do próprio apoio institucional, mas também o de educação permanente, para servirem como base para o desenvolvimento de ações futuras na atenção básica do DF.

Também se propõe que sejam realizados novos estudos para analisar o apoio institucional que levem em consideração um desenho amostral probabilístico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 16 fev 2018]. Disponível em:
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>.
2. Matta, GC; Morosini, MVG. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.
3. Campos GWS; Gutiérrez AC; Guerrero AVP; Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS G.W.S.; GUERRERO A.V.P (org). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.
4. Campos GWS. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.
5. Oliveira, GN. Devir Apoiador: uma cartografia da função apoio. [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): DMPS/FCM/Unicamp; 2011.
6. Pereira Junior N. O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2012.
8. 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: Ministério da Saúde, 2013.
9. Shimizu, H.E.; Martins, T. O apoio institucional como método de análise-intervenção na Atenção Básica no Distrito Federal, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 1077-1087, 2014 . [Acesso em 11 Feb 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501077&lng=en&nrm=iso.
10. Cardoso, JR; Oliveira, GN; Furlan, PG. Gestão democrática e práticas de apoio institucional na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, e00009315, 2016 . [Acesso em: 17 Feb 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300706&lng=en&nrm=iso.
11. Brasília. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77 de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, 14 de fevereiro de 2017.
12. Brasília. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78 de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Brasília, 14 de fevereiro de 2017.

13. Gottens, LBD et al . Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1409-1419, June 2009 . [Acesso em 5 de fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600023&lng=en&nrm=iso>.
14. Melo LMF, Martiniano CS, Coelho AA, Souza MB, Pinheiro TXA, Rocha PM. Características do apoio institucional ofertado às equipes de atenção básica no Brasil. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 685-708, set./dez. 2017.
15. Melo, LMF. Apoio institucional em saúde: desafios para democratização na atenção básica. 2015. 171f. [Tese]. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015.
16. Klitzke, DD. Apoio institucional na gestão da atenção básica no Brasil: um caminho possível? 2013. 79 f. [Dissertação]. Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva— Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
17. Paulon, SM; Pasche, DF; Right, LB. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 809-820, 2014 . [Acesso em: 07 Mar. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000500809&lng=en&nrm=iso.
18. Cruz MM, Souza RBC, Torres RMC, Abreu DMF, Reis AC, Gonçalves AS. Usos do planejamento e autoavaliação nos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 124-139, OUT 2014.

19. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.
20. Garuzi M. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(2): 144-149.
21. Clementino FS, Gomes LB, Vianna RPT, Marcolino EC, Araújo JP, Chaves TV. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE A PARTIR DA AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB). *REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA On line*, 2015; 4(1): 62-80.
22. Barbosa NRA, Cruz AF, Lacerda JCT, Resende RG. Análise do perfil de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica/Saúde da Família do município de Belo Horizonte ao serviço de Estomatologia do Hospital Municipal Odilon Behrens. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, 51(2): 67-75, abr/jun 2015.