

**Apoio institucional como dispositivo de mudança na saúde da mulher:  
comparação entre equipes do PMAQ-AB**

*Institutional support as change device in women's health: comparison  
between PMAQ-AB teams*

*Apoio institucional como dispositivo de cambio en la salud de la mujer:  
comparación entre los equipos de la PMAQ-AB*

Daphne Rattner<sup>1</sup>

Roberta Alves Lopes<sup>2</sup>

## RESUMO

Apoio Institucional (AI) é definido como uma função gerencial para cogestão que objetiva promover gestão compartilhada rompendo com modelos tradicionais de administração. Seu conceito visa reafirmar o modelo de gestão baseada em relações horizontais, democratizadas, contínuas e solidárias. O artigo objetiva compreender o impacto da utilização do AI como instrumento de gestão em relação às equipes de saúde participantes do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) focando aspectos relacionados à Saúde da Mulher e comparando resultados de equipes com e sem AI. Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa de delineamento transversal baseada em dados secundários de acesso público do PMAQ-AB, analisando os resultados das equipes de AB aderidas ao 3º Ciclo e avaliadas por entrevista externa. Constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas, sendo que equipes com AI realizaram uma linha de cuidado relativa à Saúde da Mulher mais qualificada. Concluiu-se que a experiência com AI pode se configurar como prática técnica e relacional, fornecendo possibilidades para enfrentamentos cotidianos em outras redes de atenção para construção de melhorias, sendo uma excelente estratégia para gestão, oferecendo associação positiva com resultados melhores para as equipes que o utilizam.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde, Atendimento integral à Saúde da Mulher, Apoio à aplicação de políticas na saúde, Apoio ao desenvolvimento de recursos humanos, Gestão em saúde.

---

<sup>1</sup> E-mail: daphne.rattner@gmail.com

<sup>2</sup> Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

## ABSTRACT

Institutional Support (IS) is defined as a managerial function for co-management aiming to promote shared management, breaking with traditional models of administration. The concept of IS aims to reaffirm the management model based on horizontal, democratized, continuous and solidary relationships. This article aims to understand the impact of using IS as a management tool in relation to health teams participating in the 3rd cycle of the primary care (PC) evaluation PMAQ-AB, focusing on aspects related to Women's Health and comparing the results of teams with and without IS. It is an evaluative research with a quantitative approach of cross-sectional design based on secondary data of public access, analyzing the results of the PC teams adhered to PMAQ-AB and evaluated by an external interview. There were statistically significant differences between the responses, with teams with IS performing a more qualified line of care related to Women's Health. We concluded that the experience with IS may be understood as a technical practice and a relational one, providing possibilities for daily challenges in other care networks to build improvements, which is an excellent strategy for management, offering a positive association with better results for teams that use it.

**Keywords:** Primary health care, Comprehensive care for Women's Health, Support for the application of health policies, Support for the development of human resources, Health management.

## RESUMEN

El Apoyo Institucional (AI) se define como una función gerencial para la cogestión que tiene como objetivo promover la gestión compartida, rompiendo con los modelos tradicionales de administración. Su concepto apunta a reafirmar el modelo de gestión basado en relaciones horizontales, democratizadas, continuas y solidarias. El artículo tiene como objetivo comprender el impacto del uso de la AI como herramienta de gestión en relación con los equipos de salud que participan en el 3er ciclo del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ-AB) centrándose en aspectos relacionados con la Salud de la Mujer y comparando resultados de equipos con y sin AI. Se trata de una investigación evaluativa con enfoque cuantitativo con diseño transversal, a partir de datos secundarios disponibles al público del PMAQ-AB, analizando los resultados de los equipos AB adheridos al 3er Ciclo y evaluados por entrevista externa. Se constató que existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas, y los equipos con AI realizaron una línea de atención más calificada relacionada con la Salud de la Mujer. Se concluye que la experiencia con AI puede configurarse como una práctica técnica y relacional, brindando posibilidades de confrontaciones diarias en otras redes de atención para construir mejoras, siendo una excelente estrategia para la gestión, ofreciendo una asociación positiva con mejores resultados para los equipos que utilizan.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud, Atención integral a la salud de la mujer, Apoyo a la aplicación de políticas de salud, Apoyo al desarrollo de recursos humanos, Manejo de la salud.

## Introdução

O Apoio Institucional (AI) é um instrumento criado por Gastão Wagner de Souza Campos e compõe o método Paideia, trazendo uma nova visão sobre mecanismos de gestão. Dessa forma, visa promover mudanças nos modos tradicionais de se fazer gestão, alterando os modelos centralizados de supervisão de trabalho, tornando o processo mais interativo, dando autonomia aos sujeitos envolvidos e tornando o processo de gestão mais descentralizado<sup>1</sup>.

O método Paideia, segundo o autor, é utilizado no conceito ampliado de gestão, onde abrange uma função gerencial, política, pedagógica e terapêutica. Esse método é também definido como método da roda, ou seja, um espaço democrático para cogestão, possibilitando a construção de espaços para que equipes possam interferir em sistemas produtivos, processos de trabalho e modos de operar<sup>2</sup>.

Assim, o AI é utilizado como recurso para trabalhar em conjunto com as equipes. Diferentemente dos conceitos de “consultor”, que atua fornecendo subsídios e recomendações para a realização do processo de trabalho da equipe e o de “supervisor”, que atua como um fiscalizador das atividades desempenhadas, o AI tem o intuito de desempenhar funções junto às equipes, no plano horizontal do organograma e com uma inserção matricial, construindo espaços coletivos em um sistema de cogestão<sup>1</sup>.

O AI foi incluído no Programa Nacional de Melhoria e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) como um instrumento de incentivo e melhorias nas pactuações entre gestão e equipes de saúde além de auxílio para aproximar equipes de saúde com as necessidades dos usuários. Importante destacar que o principal objetivo do programa é ampliar o acesso e a melhoria de qualidade da Atenção Básica (AB). No 3º ciclo do PMAQ-AB, o AI foi inserido como uma fase de desenvolvimento a ser empreendida pelas equipes, gestões municipais, estaduais e Ministério da Saúde em conjunto com outras quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Cooperação Horizontal), sendo realizadas de modo transversal a todas as outras fases do programa<sup>3</sup>.

Diante dos conceitos supracitados, é importante ressaltar que o AI tem papel fundamental nas linhas de cuidado ofertadas na AB, como é o caso da Saúde da Mulher. Nota-se que esta linha de cuidado demanda muito da equipe de AB e da gestão, uma vez que, segundo o IBGE<sup>4</sup>, as mulheres correspondem a 51,8% da população e, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, são as principais usuárias das Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>5</sup>.

Entre as diversas ações realizadas na AB para assistência às mulheres que buscam atendimentos nas UBS, pode-se citar principalmente a prevenção do câncer do colo do útero e mama, atenção ao pré-natal, puerpério e promoção do aleitamento materno, planejamento reprodutivo e atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou doméstica<sup>6</sup>.

No contexto de luta pela implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, com o apoio do movimento feminista durante o processo de democratização no País, a PNAISM foi proposta em um processo de luta pelo reconhecimento de questões de gênero. Assim, ao compreender o conceito de longitudinalidade, observa-se que a mulher passa por diversas fases na vida, como a primeira menstruação, mudanças no corpo, início da vida sexual, gravidez, mudanças hormonais, nascimento de um filho, puerpério e amamentação, menopausa, além das diversas ações inerentes ao fato de ser mulher, mas que culturalmente exigem posturas diferentes do gênero, e neste caso, estamos falando da desigualdade de gênero no nosso País<sup>3</sup>.

Segundo Mendes<sup>7</sup>, a AB tende a lidar com processos complexos de sofrimento, demandas e adoecimentos por estar mais próxima da população usuária. Desta forma, no caso da Saúde da Mulher, por possuir característica resolutiva, envolve a necessidade de preparo da equipe para realizar o acompanhamento adequado dessa população, sendo necessária uma ampliação na capacidade de escuta, análise e intervenção nas necessidades de saúde por parte da equipe em relação às usuárias.

Sendo assim, a equipe de AB necessariamente precisa estar apta a lidar com os diversos casos e queixas que possam chegar e que envolvem todo um ciclo de acolhimento e acompanhamento das diversas fases vivenciadas. Conforme aponta Campos<sup>8</sup>, o apoio de profissionais específicos (institucional ou matricial) para apoio às equipes de AB pode qualificar e orientar um melhor cuidado integral, propiciando uma maior aproximação das equipes de saúde às necessidades dessas usuárias, intervindo de maneira positiva na realidade experimentada pelas equipes.

Este artigo buscou compreender o impacto que a utilização do AI como instrumento de gestão tem em relação às equipes de saúde que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB, focando em alguns aspectos relacionados à Saúde da Mulher, comparando os resultados das equipes que possuem AI com as equipes que não o possuem.

## Método

Trata-se de pesquisa avaliativa com abordagem quantitativa, adotando o delineamento transversal, baseada em dados secundários de acesso público do Módulo II do terceiro ciclo do PMAQ-AB (2015-2016), onde os resultados foram organizados na forma consolidada emitidos pelo Ministério da Saúde em planilha Microsoft Excel®. O banco de dados do ciclo está disponibilizado no sítio da Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>).

Dentre as fases de desenvolvimento do programa, o Ministério da Saúde coletou os dados através de uma avaliação externa, que é financiada pelo próprio MS, incluindo os custos relativos ao trabalho de campo da equipe, isentando o município de qualquer repasse para essa finalidade. A avaliação externa do 3º ciclo foi realizada pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) de todo o País. Nessa etapa, um grupo de entrevistadores selecionados e capacitados, aplicaram o instrumento de avaliação externa através de um aplicativo instalado em um tablet com envio online das respostas registradas, para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão, contendo questões relacionadas às condições de infraestrutura, equipamentos, materiais e medicamentos das UBS, assistência entre outras questões<sup>10</sup>. Assim, o 3º ciclo do PMAQ-AB possui três fases: 1) Adesão e contratualização; 02) Certificação e; 03) Recontratualização, sendo que a entrevista externa aconteceu na fase de certificação do programa.

Para este estudo, foram analisados os resultados de 37.350 equipes de AB que fizeram adesão ao PMAQ-AB no ano de 2015 – 3º Ciclo e que foram avaliadas através de entrevista (93,9% do total das equipes).

Para a tabulação dos dados usou-se o ambiente de computação científica R, versão 4.0.2 em uma máquina Linux, e separou-se o banco de dados em dois grupos, onde um grupo aderiu ao AI e o outro não, conforme a resposta dada ao item "II.8.9" que pode ser verificado no quadro 1 anexo. Após essa separação, analisaram-se as respostas que os dois grupos deram para as perguntas selecionadas. No estudo em tela os dados foram apresentados em valores absolutos e percentuais. Foi calculada a razão de prevalência (RP) com o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), para indicar a magnitude das associações entre o AI e cada variável. Cabe ressaltar que as variáveis selecionadas estão apresentadas no anexo 1 desse artigo, cujas possibilidades de resposta pelas equipes foram 'Sim/ Não'.

Por se tratar de uso de base de dados secundários com acesso público, dado que é garantida a confidencialidade e não haverá divulgação de informações individuais de equipes, não foi necessária submissão ao comitê de ética em pesquisa, conforme a Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016.

## Resultados

A tabela 1 apresenta as respostas das equipes ao questionário da avaliação externa do PMAQ-AB no que se refere à seleção de perguntas relacionadas à Atenção à Saúde da Mulher. Pode-se observar que a maioria das equipes que participaram do programa em seu 3º ciclo possuem AI como instrumento de gestão, sendo 34.413 equipes com AI e 2.937 equipes sem AI. São destacados os itens em que a utilização do AI como método de gestão apresentou maior força de associação com resultados positivos, dando ênfase em negrito aos resultados em que  $RP \geq 1,10$ .

Constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dadas a cada questionamento ( $p < 0,0001$ ), observando que as equipes que possuem AI foram associadas positivamente aos melhores resultados, corroborando a ideia de que também realizaram uma linha de cuidado relativa à Saúde da Mulher mais qualificada nos itens apresentados.

Na análise dessa tabela, observa-se que as equipes que possuem AI obtiveram melhor resultado em relação a receber apoio de outros profissionais de saúde para resolução de casos considerados complexos ( $RP=1,10$ ; IC 95%: 1,09-1,12). Além disso, as equipes com AI demonstraram associação positiva em registrar o número de mulheres com exames atrasados ( $RP=1,40$ ; IC 95%: 1.36 - 1.45) e em registrar o número de mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterados ( $RP=1,42$ ; IC 95%: 1.37 - 1.47), possibilitando às equipes que possuem apoio um melhor monitoramento da Saúde das Mulheres em acompanhamento nas UBS. Observou-se também diferenças estatisticamente significativas entre o registro com o número de gestantes de alto risco no território ( $RP=1,15$ ; IC 95%: 1.13 - 1.18) e no acompanhamento dos casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço ( $RP=1,13$ ; IC 95%: 1.11 - 1.14). Nesse caso, as equipes com AI apresentaram maior força de associação positiva em realizar acompanhamento de forma integralizada.

É importante salientar que, apesar dos demais itens também apresentarem diferenças estatísticas entre as equipes com AI e as equipes sem AI, observou-se fraca associação nos resultados. Isso pode estar ligado ao fato de esses itens comporem a relação de serviços mínimos estabelecidos para oferta nas UBS conforme a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (17), ser realizados rotineiramente e conseqüentemente apresentarem fraca associação na exposição ao AI.

**Tabela 1. Desempenho das equipes em relação à Atenção à Saúde da Mulher na avaliação da PMAQ segundo disponibilidade de Apoio Institucional. Brasil, 2015-2016.**

Variáveis		Equipes com AI		Equipes sem AI		RP	IC 95%	P																																																																																																																																																						
		Nº	%	Nº	%																																																																																																																																																									
1. A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?	Sim	33.926	98,6	2.621	89,2	<b>1,10</b>	1,09-1,12	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	487	1,4	316	10,8				2. A equipe realiza ações de planejamento familiar?	Sim	33.361	96,9	2.651	90,3	1,07	1,06 - 1,09	0,0000	Não	1.052	3,1	286	9,7	3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	33.711	98	2.788	94,9	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	702	2	149	5,1	4. A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim	25.581	75,9	1.506	54	<b>1,40</b>	1,36 - 1,45	0,0000	Não	8.130	24,1	1.282	46	5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000	Não	4.160	12,3	523	18,8	6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000	Não	10.399	30,2	1.492	50,8	7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não
2. A equipe realiza ações de planejamento familiar?	Sim	33.361	96,9	2.651	90,3	1,07	1,06 - 1,09	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	1.052	3,1	286	9,7				3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	33.711	98	2.788	94,9	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	702	2	149	5,1	4. A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim	25.581	75,9	1.506	54	<b>1,40</b>	1,36 - 1,45	0,0000	Não	8.130	24,1	1.282	46	5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000	Não	4.160	12,3	523	18,8	6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000	Não	10.399	30,2	1.492	50,8	7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6										
3. A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na unidade de saúde?	Sim	33.711	98	2.788	94,9	1,03	1,02 - 1,04	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	702	2	149	5,1				4. A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim	25.581	75,9	1.506	54	<b>1,40</b>	1,36 - 1,45	0,0000	Não	8.130	24,1	1.282	46	5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000	Não	4.160	12,3	523	18,8	6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000	Não	10.399	30,2	1.492	50,8	7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																								
4. A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?	Sim	25.581	75,9	1.506	54	<b>1,40</b>	1,36 - 1,45	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	8.130	24,1	1.282	46				5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000	Não	4.160	12,3	523	18,8	6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000	Não	10.399	30,2	1.492	50,8	7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																						
5. A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?	Sim	29.551	87,7	2.265	81,2	1,08	1,06 - 1,10	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	4.160	12,3	523	18,8				6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000	Não	10.399	30,2	1.492	50,8	7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																				
6. A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?	Sim	24.014	69,8	1.445	49,2	<b>1,42</b>	1,37 - 1,47	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	10.399	30,2	1.492	50,8				7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000	Não	938	2,7	297	10,1	8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																		
7. A equipe de AB realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?	Sim	33.475	97,3	2.640	89,9	1,08	1,07 - 1,10	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	938	2,7	297	10,1				8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000	Não	536	1,6	112	3,8	9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																
8. A equipe realiza consulta de pré-natal?	Sim	33.877	98,4	2.825	96,2	1,02	1,02 - 1,03	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	536	1,6	112	3,8				9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000	Não	493	1,5	140	5	10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																														
9. A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?	Sim	33.384	98,5	2.685	95	1,04	1,03 - 1,05	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	493	1,5	140	5				10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000	Não	5.694	16,8	785	27,8	11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																																												
10. A equipe de AB possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?	Sim	28.183	83,2	2.040	72,2	<b>1,15</b>	1,13 - 1,18	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	5.694	16,8	785	27,8				11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000	Não	647	1,9	137	4,7	12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																																																										
11. A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?	Sim	33.766	98,1	2.800	95,3	1,03	1,02 - 1,04	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	647	1,9	137	4,7				12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																																																																								
12. A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?	Sim	32.298	93,9	2.450	83,4	<b>1,13</b>	1,11 - 1,14	0,0000																																																																																																																																																						
	Não	2.115	6,1	487	16,6																																																																																																																																																									

Notas: \*Em negrito foram salientados os resultados em que  $RP > 1,10$ ; RP = Razão de Prevalência

## Discussão

Com a democratização da saúde e a criação de metodologias para inserir a descentralização nos processos de gestão e relações interfederativas, principalmente em conjunto com a participação social, o MS desenvolveu ferramentas, como por exemplo, a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), os colegiados gestores e a reestruturação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) para tornar possíveis as mudanças no sentido de descentralização no modelo de gestão que era centralizador. Assim, o MS desenvolveu e coordenou a implementação do AI nos estados e municípios, com o intuito de integrar as áreas com as políticas de saúde do MS e incorporando o AI no planejamento estadual, municipal e regional na RAS. Dentre as diversas áreas de alocação do AI, a inserção do dispositivo no planejamento das redes temáticas foi elencada como uma de suas atuações principais, estimulando alguns estados e municípios a incluírem apoiadores também em seus processos de trabalho. Assim, é importante ressaltar que a rede municipal de saúde de Campinas/SP foi a primeira a implementar esse método de gestão, seguida por outras redes como as de Belo Horizonte/MG, Sobral/CE, Diadema/SP, Amparo/SP, São Bernardo/SP, Recife/PE, Aracaju/SE, Vitória/ES, assim como as Secretarias Estaduais de Saúde do Rio de Janeiro e da Bahia e a Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia<sup>9</sup>.

Conforme se pode observar, o AI ganhou força após sua implementação nessas redes de saúde a partir do início dos anos 2000 e tem desempenhado um papel importante na melhoria da qualidade das equipes de saúde da AB. Ao notar o quantitativo de equipes que participaram da avaliação do 3º ciclo do PMAQ-AB, nota-se que 34.413 (92,1%) equipes possuíam AI e 2.937 (7,9%) não o possuíam. Esses números demonstram que a maior parte das equipes que aderiram ao PMAQ-AB também se comprometeram a inserir o AI como metodologia transversal ao programa, e daí se pode depreender também que a metodologia proposta por Campos<sup>1</sup> tem sido adotada principalmente pela gestão municipal.

A AB, por ser porta de entrada do sistema de atenção à saúde, é mais próxima da vida da comunidade e, por este motivo, tende a ter mais conhecimento das questões de saúde dos usuários que fazem acompanhamento nas UBS. Entre as funções das equipes de saúde da AB, deve-se observar rotinas, adoecimentos em comum, acompanhamento das diversas fases vivenciadas, além de observar os critérios de risco e vulnerabilidades da população. Em relação à Saúde da Mulher, que são as principais usuárias das UBS, diante de todo o contexto de lutas vivenciadas até os dias atuais, demonstra-se uma trajetória marcada muitas vezes pela

ausência das próprias mulheres no debate relacionado ao próprio corpo<sup>10</sup>. Levando em consideração esse cenário, as equipes de saúde devem estar orientadas e articuladas em relação à rede temática da Saúde da Mulher, promovendo a inclusão dessas usuárias no debate relacionado à saúde individual e coletiva dessa linha de cuidado, assim como a assistência adequada de acordo com as necessidades encontradas, com o intuito de ofertar melhor atendimento a essa população<sup>5,9</sup>.

Ao se analisar os dados relativos à Saúde da Mulher, identifica-se que as equipes que possuem AI apresentaram melhores resultados em todos os itens estudados, conforme exposto na tabela 1. Levando em consideração a metodologia intrínseca do dispositivo implementado por essas equipes, observa-se que os resultados indicam relevância na inclusão do método (Paideia) e somam conhecimento positivo sobre a utilização do dispositivo (AI). Como fator corroborante a essa conclusão, analisando todo o contexto de atuação do AI e sua importância na atuação de redes temáticas, sendo nesse caso a Saúde da Mulher, identifica-se que o mesmo pode atuar como um dispositivo de qualificação do processo de trabalho, sendo instrumento de intervenção para resolução dos problemas enfrentados tanto pelas equipes de saúde quanto pelas usuárias que buscam assistência, de modo a trabalhar em conjunto com os grupos envolvidos e propiciar resultados positivos em indicadores de avaliação, como por exemplo, no PMAQ-AB<sup>1,5</sup>.

No que se refere ao acompanhamento das usuárias, observam-se melhores efeitos principalmente no registro de mulheres com exames citopatológicos atrasados e registro de exames de mamografia alterados, demonstrando que nas equipes com AI o processo de acompanhamento das usuárias pelas equipes de saúde tende a ser monitorado com melhor qualidade. De acordo com o INCA<sup>11</sup>, no Brasil, no ano de 2020, ocorreram 66.280 novos casos relacionados a câncer de mama feminina e 16.710 novos casos de câncer do colo do útero. Além disso, em 2019 ocorreram 18.068 óbitos relacionados ao câncer de mama e 6.596 óbitos relacionados ao câncer do colo do útero. Nota-se assim a importância de uma equipe de saúde capacitada e apoiada para prevenir e detectar precocemente essas doenças, sendo o registro dos dados das usuárias fator primordial para um acompanhamento mais efetivo, o que fortalece o entendimento do papel da AB como ordenadora do cuidado para redução da morbimortalidade por essas patologias.

Em relação aos demais dados expostos na tabela 1, observou-se fraca associação positiva do AI no planejamento familiar, realização de pré-natal, acompanhamento de gestantes e consultas de puericultura. Entretanto, cabe salientar que, apesar da fraca associação na utilização do AI, os resultados das equipes que utilizaram o dispositivo ainda

foram superiores quando comparadas às demais equipes, demonstrando ainda assim que as equipes que receberam um acompanhamento mais próximo da gestão apresentaram também melhores resultados na avaliação desse programa.

Considerando o exposto, cabe salientar que dentre as funções do AI<sup>12,13</sup>, características como viabilizar a realização de projetos pactuados pelos envolvidos (institucionais e sociais) e a ‘construção de objetivos comuns com pactuação de compromissos e contratos’ podem ter sido fatores de influência direta nos resultados das equipes com AI, uma vez que a adesão ao PMAQ-AB e inserção do AI é voluntária pelas equipes de saúde e gestão, partindo desses o compromisso e a responsabilidade de qualificar seus indicadores<sup>3</sup>. Assim, percebe-se que o AI tem influenciado positivamente as equipes que aderiram o PMAQ-AB e que incluíram o AI como dispositivo de mudanças. Ademais, para se alcançar os resultados previstos pelas políticas do Ministério da Saúde e/ou pela gestão estadual/municipal, o AI pode ser considerado um instrumento potente para propiciar aos profissionais de saúde novos modos de operar e produzir, contribuindo para melhorar a qualidade de assistência das equipes no SUS<sup>13</sup>.

Diante disso, os achados deste estudo apresentaram resultados semelhantes ao apontado por Santos *et al*<sup>14</sup>, que objetivaram analisar se o grau de AI e de Apoio Matricial estava associado a melhor certificação do PMAQ-AB no ano de 2012. Na pesquisa supracitada, os resultados demonstraram que as atividades do AI foram expressivas nas equipes de AB, encontrando associação progressiva: quanto maior a incorporação das atividades de apoio, maior foi o resultado na certificação da equipe. Dessa forma, os autores trazem a discussão de que essa associação entre o grau de apoio e a certificação da equipe reforça a ideia de que a circulação de saberes, autonomia dos sujeitos e a capacidade crítica dos grupos melhoram a qualidade e a gestão da AB.

No que se refere à utilização do AI em todo o processo de integralidade na Saúde da Mulher, tanto na AB quanto nos demais níveis de atenção, é importante destacar o projeto Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia que é uma iniciativa do Ministério da Saúde, executado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em conjunto com outras instituições parceiras e que utiliza o AI como estratégia para disparar e sustentar as intervenções nos processos de trabalho. Sendo assim, o objetivo do Apice ON é qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento em hospitais com atividades de ensino, incluindo o AI no projeto com a função de supervisão e mediação, atuando de forma a reafirmar novos modos de estabelecer relações entre os sujeitos envolvidos conforme previsto pela PNH<sup>15</sup>.

Desse modo, nota-se que o AI tem alcançado outros níveis de atenção além da AB, proporcionando mudanças nos modos tradicionais de se fazer gestão e aproximando as relações entre os envolvidos, inclusive no âmbito hospitalar. Conforme demonstrado nos dados desta pesquisa e no Apice ON, a linha de cuidado relativa às mulheres é integralizada e deve receber cuidado contínuo por parte das equipes. Por essa linha de cuidado envolver diversos campos de atuação e contato permanente com a assistência à saúde, é importante que instituições e equipes estejam capacitadas e apoiadas para atuação e possíveis intercorrências nas principais abordagens, tais como intercorrências ginecológicas relacionadas à menstruação e sangramento fora do comum; rastreamento do câncer do colo do útero e de mama; ações de atenção à saúde da mulher no climatério, gravidez, parto, puerpério, depressão pós-parto, violência doméstica, entre outros que exigem acompanhamento longitudinal por parte das equipes de saúde<sup>6</sup>.

Com isso, compreendendo a magnitude e a complexidade que está envolvida na temática da Saúde da Mulher, seria importante a possibilidade de ampliação no que diz respeito ao cuidado dessa população na AB e a participação das equipes de saúde em todos os momentos vivenciados pelas usuárias assistidas. Desse modo, para alcançar o objetivo do acompanhamento integral e longitudinal por essas equipes, os municípios poderiam se organizar para inclusão do AI conforme implementado anteriormente pelo MS aos estados, em que o AI estava inserido no planejamento das redes temáticas e atuava com foco específico em uma linha de atenção<sup>9</sup>. Ou seja, com a necessidade de capacitação das equipes de saúde e apoio por parte de gestão para qualificar a assistência prestada no cuidado à Saúde da Mulher, seria importante a inclusão do AI atuando especificamente nessa temática no âmbito municipal, com o intuito de qualificar a assistência já ofertada, ampliar o acesso, além de qualificar os processos de promoção e prevenção nessa linha de cuidado.

Como limitação desta pesquisa, destaca-se a possibilidade de alguns dados não conseguirem adentrar e demonstrar a realidade vivenciada pelas equipes de saúde e suas relações com o AI através de uma avaliação externa. Conforme apresentado no estudo dos apoiadores do SUS-Campinas (que foi protagonista na implantação do método Paideia) sobre o processo de trabalho do AI, foi demonstrada uma prática de trabalho realizada em torno de questões administrativas e burocráticas, não sendo possível aplicar o método do AI conforme previsto inicialmente por Campos<sup>16,1</sup>. No caso desta pesquisa, não foi possível identificar no processo de avaliação do programa quais as condições de trabalho dos apoiadores envolvidos, podendo estas ser semelhantes ao referido por Fernandes e Figueiredo no estudo sobre o SUS-Campinas<sup>16</sup>. Como fortaleza, ressalta-se a utilização do banco de dados do PMAQ-AB com o

intuito de demonstrar quantitativamente a utilização do AI, revelando a expressão positiva do dispositivo tanto dentro do próprio programa quanto na possibilidade de inserção do AI para atuação em uma área específica, possibilitando processos mais democráticos e compartilhados. Assim, é importante destacar a necessidade de mais discussões acerca do trabalho do apoiador, da utilização do método de gestão compartilhada em todos os níveis de atuação e de gestão, da aplicação do método Paideia e do conceito do AI proposto por Campos<sup>1</sup> com a intenção de ratificar a necessidade de transformação dos processos de trabalho e consolidar de fato esse projeto de gestão.

Isto posto, os resultados apresentados neste estudo demonstram que a estratégia do AI tem se difundido e, como fator corroborante, tem sido uma estratégia incentivada pelo Ministério da Saúde através da PNAB, PNH e do PMAQ-AB, por exemplo<sup>17, 16, 3</sup>. Ademais, considerando o exposto, cabe salientar que algumas das linhas de atuação que constam na PNAISM<sup>5</sup> ainda não foram implementadas, a exemplo do climatério e queixas ginecológicas que, apesar de possuir manual e protocolo para subsidiar as equipes de saúde, ainda não são um programa implementado pelo MS. Assim, seria interessante a utilização do AI na programação para implementação dessas temáticas na AB, de modo que a estratégia fosse capilarizada mais rapidamente pelas equipes de saúde, promovendo uma gestão da implementação mais próxima da realidade vivenciada pelas equipes e usuárias, além de atuar como um apoio para ampliação e execução das ações recomendadas pelo MS.

## Considerações finais

O AI tem grande potencial para se capilarizar, principalmente quando inserido em redes temáticas como na Saúde da Mulher. Os resultados apontam associação positiva à exposição ao AI com melhores resultados, reforçando a ideia de melhor experiência das equipes de saúde na avaliação do PMAQ-AB. Ao observar os dados, é notório que o dispositivo cumpre com seu objetivo de fomentar o processo de mudança nas equipes, oferecendo uma gestão democrática e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS. Sendo assim, ao observar associação positiva na utilização do AI, pode-se considerar que os resultados demonstraram avanço nos processos de trabalho das equipes, tendo em vista que o método de gestão compartilhada responsabiliza todos os envolvidos, fazendo com que a equipe de saúde tenha participação ativa tanto na identificação dos problemas e no entendimento da necessidade de mudanças, quanto nas propostas de solução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2000.
2. Campos GWS. Paideia e gestão: indicações metodológicas sobre o apoio. In: Campos GWS, organizador. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 85-102.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo PMAQ: para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília (DF): SAS; 2017.
4. IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2012/2019.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): SAS; 2004.
6. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília (DF): MS; 2016.
7. Mendes CRA. Atenção à Saúde da Mulher na AB: Potencialidades e Limites. *Ensaio Cienc Cienc Biol Agrar Saúde*. 2016;20(2):65-72.
8. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):393-403. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en). doi: 10.1590/S1413-81231999000200013.
9. Pereira Junior N, Campos GWS. O apoio institucional no sistema único de saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface Comun Saúde Educ*. 2014;18(Supl 1):895-908.
10. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. O que é a Atenção Primária. Brasília (DF): SAS; 2021 [acesso em 25 mar 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>.
11. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estatísticas de câncer. Brasília (DF): INCA; 2021 [acesso em 26 mar 2021]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
12. Guedes CR, Roza MMR, Barros MEB. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad Saúde Colet*. 2012;20(1):93-101.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF): SAS; 2010.

14. Santos AF, Machado ATGM, Reis, Abreu DMX, Araújo LHL, Rodrigues et al. Apoio institucional e matricial e sua relação com a atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:54. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102015000100241&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100241&lng=en). doi: 10.1590/S0034-8910.2015049005519.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Apice ON - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília (DF): SAS; 2017.
16. Fernandes JA, Figueiredo MD. Apoio institucional e cogestão: uma reflexão sobre o trabalho dos apoiadores do SUS Campinas. *Physis*. 2015;25(1):287-306. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000100287&lng=pt). doi: 10.1590/S0103-73312015000100016.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): SAS; 2017.

## ANEXO A

**Quadro 1. Relação das perguntas referentes à Saúde da Mulher selecionadas do questionário do PMAQ-AB, Módulo II, Brasil, 2015.**

<b>PERGUNTAS SELECIONADAS</b>
II.8.9. 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?
II.3.1. A equipe recebe apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos?
II.13.1 A equipe realiza ações de planejamento familiar?
II.14.1 A equipe realiza a coleta do exame citopatológico na UBS?
II.14.2 A equipe possui registro do número de Mulheres com coleta atrasada de exame citopatológico?
II.14.3 A equipe possui registro de Mulheres com exames citopatológicos alterados?
II.14.4 A equipe possui o registro de Mulheres com exame de mamografia e/ou ultrassom mamária alterado?
II.14.7 A equipe de atenção básica realiza o seguimento das Mulheres após tratamento realizado na atenção especializada?
II.15.1 A equipe realiza consulta de pré-natal?
II.15.4 A equipe organiza as ofertas de serviço e encaminhamentos (consultas, exames) das gestantes baseadas na avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade?
II.15.5 A equipe de atenção básica possui registro com o número de gestantes de alto risco no território?
II.16.1 A equipe realiza consulta de puericultura nas crianças de até dois anos (crescimento/desenvolvimento)?
II.16.7 A equipe acompanha casos de violência familiar conjuntamente com os profissionais de outro serviço (CRAS, Conselho Tutelar)?

Fonte: Módulo II do Manual instrutivo para as equipes de AB e NASF, 2015.