



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA  
PÚBLICO DE SAÚDE**

Andrieli Berger da Rosa

**INSTRUMENTO AVALIATIVO DA LINHA DE CUIDADO  
MATERNO INFANTIL SOB A ÓTICA DA PLANIFICAÇÃO DA  
ATENÇÃO À SAÚDE**

Santa Maria, RS

2020

**Andrieli Berger da Rosa**

**INSTRUMENTO AVALIATIVO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO  
INFANTIL SOB A ÓTICA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde. Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Orientador: Prof. Dra. Teresinha Heck Weiller.

Santa Maria, RS

2020

Andrieli Berger da Rosa

**INSTRUMENTO AVALIATIVO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL  
SOB A ÓTICA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Artigo de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para a obtenção do grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde. Área de Concentração: Vigilância em Saúde.**

Aprovado em 13 de março de 2020:

---

**Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)**

(Presidente/Orientadora)

---

**Daiany Saldanha da Silveira Donaduzzi, Me. (SMS/SM)**

---

**Elisa Rucks Megier, Me. (UFSM)**

---

**Bruna Marta Keinert Halberstadt, Me. (Unipampa)**

Santa Maria, RS

2020

## RESUMO

### **INSTRUMENTO AVALIATIVO DA LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL SOB A ÓTICA DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

Andrieli Berger da Rosa<sup>1</sup>, Teresinha Heck Weiller<sup>2</sup>

A planificação da atenção à saúde é uma proposta de reorganização dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde, sendo a Estratégia de Saúde da Família o modelo prioritário de atenção e a unidade escolhida para a efetivação da planificação. Este estudo tem objetivo contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de avaliação em saúde na Rede de Atenção à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde através da elaboração de um instrumento de avaliação da linha de cuidado materno infantil. Trata-se de um estudo metodológico, utilizado para a elaboração de um instrumento de avaliação da linha de cuidado materno infantil. Evidencia-se que não há a existência de um instrumento que avalie os impactos do processo da planificação, tampouco relativo a linha de cuidado materno infantil, vista como de fundamental importância, uma vez que gera reflexos na saúde a longo prazo. Para tanto, torna-se necessário a elaboração de um instrumento, assim como o desenvolvimento de uma cultura de avaliação em saúde, que subsidie a tomada de decisões de gestores e profissionais.

**Palavras-chave:** Saúde Materno Infantil; Atenção Primária à Saúde; Planificação. Avaliação em saúde.

## **ABSTRACT**

### **EVALUATING INSTRUMENT OF THE CHILD MATERNAL CARE LINE FROM THE POINT OF VIEW OF HEALTH CARE PLANNING**

Andrieli Berger da Rosa<sup>1</sup>, Teresinha Heck Weiller<sup>2</sup>

Health care planning is a proposal to reorganize the Primary Health Care work processes, being a Family Health Strategy or a priority model of care and a unit chosen for the effectiveness of planning. This study aims to contribute to the development of a culture of health assessment in the Health Care Network of the 4th Regional Health Coordination through the development of an assessment tool for the maternal and child care line. It is a methodological study, used for the elaboration of an instrument to evaluate the maternal and child care line. Evidence: if there is no instrument to assess the impacts of the planning process, include a line of maternal and child care, seen as of fundamental importance, since it generates effects on long-term health. Therefore, it is necessary to develop an instrument, such as the development of a culture of health assessment, which supports the decision-making of managers and professionals.

**Keywords:** Maternal and Child Health; Primary Health Care; Planning. Health assessment.

## Sumário

1 - INTRODUÇÃO.....	7
2 - OBJETIVOS .....	8
3 - METODOLOGIA.....	9
4 – RESULTADOS.....	12
5 - DISCUSSÃO .....	14
6 – CONCLUSÃO.....	16
REFERÊNCIAS .....	17
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	19
AUTORIZAÇÃO .....	19

## 1 - INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988 pela Constituição Federal e regulamentado em 1990 pela Lei 8080/90 no Brasil, tem como princípios a universalidade, a equidade no acesso aos serviços e ações de saúde, a integralidade da atenção, sendo operacionalizado pelas diretrizes da descentralização, da regionalização, da hierarquização, do cuidado e de participação da social (BRASIL, 1990).

Dessa forma, com a finalidade de executar o preconizado pela legislação, bem como abranger as diversas populações existentes em todos os seus ciclos de vida, criaram-se as políticas públicas de saúde (MACHADO, LIMA, BAPTISTA 2017). No que se refere às políticas públicas de saúde, a saúde da mulher foi incorporada no início do século XX, entretanto com uma visão restrita, limitada em sua particularidade biológica e na sua função de mãe e doméstica, dessa forma, os programas eram limitados às demandas relacionadas ao período gravídico e reprodutivo (LEAL et al., 2018).

No entanto, em 1983, tem-se uma mudança neste cenário, por meio da elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Conforme Nascimento et al. (2018), as mulheres eram vistas apenas no ciclo gravídico puerperal, com ações voltadas somente para parto e nascimento seguro. Foi por intermédio dos movimentos feministas, os quais reivindicavam o papel feminino dentro da sociedade que se gerou mudanças no modelo até então empregado, as entidades governamentais passaram a ampliar o olhar frente às políticas e aos programas existentes, como exemplo tem-se o PAISM.

Com isso, o PAISM rompe com o paradigma materno infantil, onde a mulher era vista pelo sistema de saúde apenas como reprodutora de força de trabalho, na sua condição de mãe, cuidadora da prole, contrapondo-se às políticas formuladas até então, voltadas principalmente para garantir o bem-estar do recém-nascido. (BRASIL, 1984).

Nessa linha de assistência, no ano de 2000, tivemos a criação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, com a finalidade principal de melhorar o acesso e cobertura e qualidade do pré-natal, parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, além de reduzir taxas de morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2002).

Já em 2004 houve um avanço ainda maior em relação às políticas de saúde voltadas à população feminina, com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde Mulher (PNAISM), a qual se deu partir do diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da mulher no país, e do reconhecimento de diretrizes para orientação das políticas destinadas a essa população, além disso traz um olhar ampliado para as mulheres, abrangendo todos os aspectos de saúde (BRASIL, 2004).

O PNAISM, tem como objetivos: promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras; contribuir para a redução da morbimortalidade feminina; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher e; empoderar a mulher e/ou o casal para a escolha do método anticoncepcivo e/ou planejamento reprodutivo (BRASIL, 2004).

Destaca-se que , com intuito de concretizar as ações voltadas às mulheres e às crianças, houve a criação da Rede Cegonha, sendo uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados, a fim de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e

desenvolvimento saudáveis, enfatizando a importância da Atenção Primária à Saúde<sup>1</sup> (APS) (BRASIL, 2000).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são formuladas de forma a centralizar na APS a coordenação do cuidado e ordenação das redes, fornecendo um cuidado contínuo e coordenado das ações e serviços de saúde, partindo de uma população definida territorialmente (PEITER et al., 2019). Ainda segundo Peiter et al. (2019), esse arranjo engrandece os fluxos de comunicação, a fim de alcançar uma relação integrada entre os diferentes pontos de atenção da RAS, favorecendo integralidade do cuidado.

Sendo assim, a APS é considerada o primeiro nível de atenção e dessa forma se caracteriza como o centro de comunicação do sistema, devendo ordenar a RAS e coordenar o cuidado, propiciando uma relação entre os pontos dessa rede, partindo das necessidades de saúde da população, sendo responsável pela atenção integral (STARFIELD, 2002; SUMAR; FAUSTO, 2014; RODRIGUES et al., 2014).

Nessa perspectiva de fortalecimento das ações, bem como da APS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propõe as Oficinas de Planificação da Atenção à Saúde. A Planificação é entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde, que considera todas as suas etapas, para que a APS exerça, de fato, o seu papel estratégico (BRASÍLIA, 2018).

No Rio Grande do Sul, esse processo é desenvolvido desde o ano de 2015, tendo como início o projeto piloto desenvolvido na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), em parceria do CONASS com a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), cuja proposta de construção coletiva de conhecimentos, favorece a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação para a realidade dos participantes (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Essa proposição de reorganização tem como finalidade desenvolver o sistema nos territórios partindo de mudanças efetivas no processo de trabalho dentro do serviço, realizadas através de oficinas e tutorias com a participação dos profissionais da ponta e da gestão da saúde (MENDES, 2013). Nessa perspectiva, com os inúmeros avanços na APS e diante de sua complexidade, é necessários instrumentos para avaliar a sua eficiência e efetividade, direcionando o melhor percurso a se fazer para superar os desafios encontrados (FERREIRA et al., 2016).

No entanto, não foram encontrados na literatura instrumentos de avaliação da RAS – desenvolvidos por sujeitos envolvidos no processo– sob a ótica da planificação da atenção à saúde, com base em tais afirmativas, esse trabalho justifica-se tendo em vista a pertinência de se elaborar um instrumento avaliativo que parta dos profissionais, a fim de que seja abrangente e de acordo com a realidade vivenciada por eles, de forma horizontal.

## **2 - OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de avaliação em saúde na Rede de Atenção à Saúde da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar um instrumento de avaliação da linha de cuidado materno infantil.

---

<sup>1</sup>Cabe ressaltar que os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde são utilizados de maneira equivalente no cenário nacional, portanto não se fez distinção na elaboração do presente estudo.



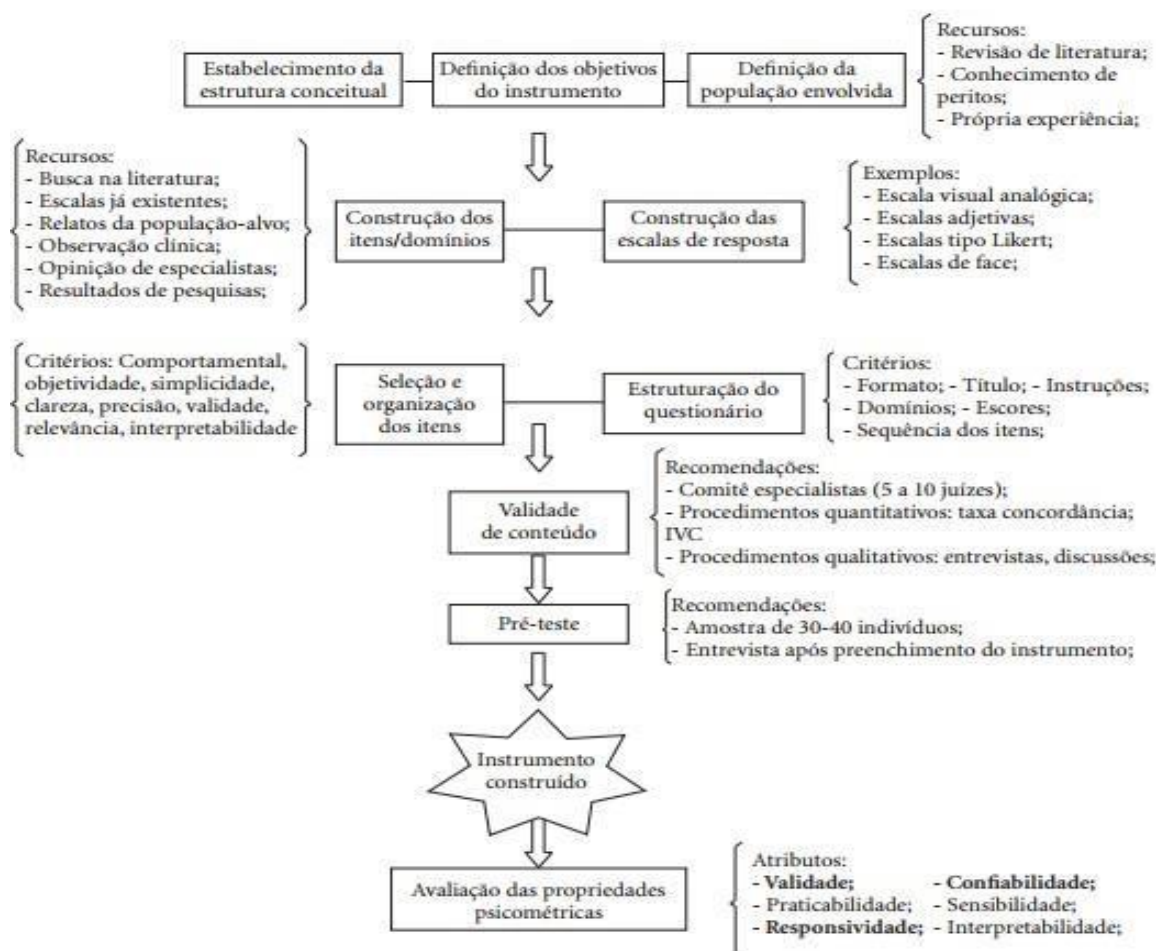
### 3 - METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo metodológico, o qual é utilizado para a elaboração de um instrumento de avaliação da linha de cuidado materno infantil. As pesquisas metodológicas investigam, organizam e analisam dados com intuito de construir, validar e avaliar instrumentos e técnicas de pesquisa (POLIT, 2011; MANTOVANI, 2018). É uma estratégia que utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção, a melhora significativa de uma intervenção existente ou ainda, a elaboração de um instrumento, dispositivo ou método de mediação. Assim, o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores (POLIT 2011; FELISBERTO 2011).

Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), existem algumas etapas a serem seguidas, a fim de elaborar um instrumento de avaliação, conforme figura abaixo. Salienta-se que o presente estudo descreve a primeira, segunda e terceira etapa do percurso metodológico.

Figura 1 - As etapas do processo de construção de instrumentos de medidas na área da saúde,



Fonte: Coluci, Alexandre e Milani (2015).

### 3.2 PRIMEIRA ETAPA – ESTABELECIMENTO DA ESTRUTURA CONCEITUALE DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS DO INSTRUMENTO E DA POPULAÇÃO ENVOLVIDA

Emergiu a necessidade de elaboração de um instrumento que avaliasse os impactos do processo da planificação, partindo das linhas de cuidado, sendo a Linha de Cuidado Materno Infantil elegida para o desenvolvimento do estudo metodológico.

Enfatiza-se que, a partir da experiência da autora, percebeu-se a necessidade de realização de um instrumento de avaliação que partisse das experiências e vivências dos trabalhadores da rede, os quais estão diretamente relacionados com os impactos da planificação. Nesse sentido, a população deste estudo foi composta por profissionais lotados na 4ª CRS e na APS do município sede da mesma, que tivessem afinidade com o tema proposto. O instrumento será aplicado nas unidades pertencentes a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

Dessa forma, como recursos foram utilizados além da experiência da pesquisadora e da população deste estudo a revisão de literatura, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de avaliação em saúde na RAS da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde.

### 3.3 SEGUNDA ETAPA - CONSTRUÇÃO DOS ITENS E DAS ESCALAS DE RESPOSTA

Construiu-se o instrumento com base nos materiais disponibilizados pelo Ministério de Saúde e CONASS, conforme o Apêndice A. Este instrumento visa avaliar a Linha de Cuidado Materno Infantil sob a ótica da Planificação.

O instrumento foi elaborado em uma planilha no software Microsoft Office Excel, sendo organizada em eixos temáticos, e os itens de cada eixo organizados com base na tríade de Donabedian em Estrutura, Processo e Resultado, a qual tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988).

A estrutura é um indicador relacionado ao nível institucional e compreende a análise dos elementos estáveis da instituição e das características imprescindíveis ao projeto assistencial, ou seja, avalia-se recursos humanos, recursos materiais (permanentes e de consumo) e recursos de utilidade pública (DONABEDIAN, 1988; SILVA et al., 2017).

Para avaliação de Processo descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência clínica no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente durante todo o período do atendimento, desde a busca aos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (DONABEDIAN, 1988; SILVA et al., 2017).

O resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, *satisfação* de padrões e de expectativas. É o resultado da utilização da capacidade do serviço, ou seja, da relação entre profissional, usuário e serviço/rede de saúde (DONABEDIAN, 1988; SILVA et al., 2017).

Com base nestas assertivas, o indicador de estrutura corresponde aos recursos existentes para a execução das oficinas de planificação, como: instalações físicas, organização, carga horária, metodologia, recursos humanos; o processo, se refere aos assuntos e temáticas abordados em cada uma das oficinas, enquanto o resultado corresponde aos objetivos gerais e a aplicação prática do que foi abordado na Linha de cuidado à Saúde Materno Infantil.

Em relação à pontuação dos itens do instrumento, foi utilizada uma escala tipo Likert de cinco posições, sendo utilizado: “ótimo” (5), “bom” (4), “regular” (3), “ruim” (2) e “péssimo” (1) para as questões em geral. Essa escala objetiva averiguar o nível de concordância de um indivíduo com uma série de proposições que expressam uma posição favorável ou desfavorável em relação a um objeto.

Levando em consideração que o instrumento era autoaplicável e individual, a preferência do formulário eletrônico se deu por ser uma ferramenta facilitadora para a coleta de dados, e também por admitir a aplicação do mesmo em sujeitos geograficamente distantes.

### 3.4 TERCEIRA ETAPA - SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS ITENS E ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO

Segundo Coluci, Alexandre e Milani (2015), um instrumento de avaliação precisa reduzir o esforço físico e mental dos respondentes, a fim de que o interesse do sujeito seja mantido até o final do instrumento, e para tal é necessário clareza, objetividade, simplicidade e relevância ao trazer os itens que compuseram o referido instrumento.

Após a construção do primeiro modelo do instrumento de avaliação da Linha de Cuidado Materno Infantil o mesmo foi enviado online aos profissionais selecionados por conveniência, a fim de realizar avaliarem com o objetivo de observar a pertinência dos itens, a compreensão do instrumento e também a viabilidade do formulário eletrônico elaborado para a coleta de dados.

Assim, foram enviadas orientações por e-mail juntamente com o instrumento para quatro profissionais, sendo dois representantes da gestão estadual, um representante de municipal e um representante de uma universidade. Três profissionais responderam ao instrumento no teste piloto, sendo dois profissionais da gestão estadual e um da municipal. O representante da universidade não retornou ao convite para o teste piloto.

Aos participantes, em um primeiro momento foi solicitado que avaliassem cada item do instrumento, levando em consideração os conceitos de clareza e pertinência. Já no segundo momento, foi requisitado que avaliassem os blocos do instrumento, com a finalidade de averiguar se a estrutura e o conteúdo de cada um estavam adequados, bem como se os conteúdos estavam apropriados à temática. A presente etapa ocorreu entre novembro e dezembro de 2019.

### 3.5 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido junto a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, situada na região central do Estado do Rio Grande do Sul (RS). A 4ª CRS 32 municípios e possui duas Regiões de Saúde: Verdes Campos e Entre Rios.

A Região Verdes Campo é composta por 21 municípios, sendo eles: Santa Maria; Quevedos; Júlio de Castilhos; Pinhal Grande; Toropi; São Martinho da Serra; Nova Palma; São Pedro do Sul; Itaara; Ivorá; Faxinal do Soturno; Dona Francisca; Silveira Martins; São João Polêsine; Agudo; Dilermando Aguiar; Restinga Seca; Paraíso do Sul; Formigueiro; São Sepé e Vila Nova do Sul.

A Região Entre Rios é composta por 11 municípios Santiago; Itacurubi; Unistalda; Capão do Cipó; São Francisco de Assis; Esperança do Sul; Jaguari; Jari; Mata; São Vicente do Sul e Cacequi.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi construído de acordo com aspectos éticos, estando em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela resolução nº 466 em 12 de dezembro de 2012 pelo Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados foi iniciada após a Aprovação da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria, por meio do parecer CAAE nº: 03355018.4.0000.5346.

O contato com os participantes se deu por forma eletrônica, com o envio de um convite apresentando os objetivos e explicitando a pesquisa.

Aos participantes foi requerida a participação e avisado que, caso aceitassem participar, seriam submetidos à apreciação de um instrumento voltado a avaliar a Linha de Cuidado Materno Infantil sob a ótica da planificação da atenção à saúde.

Aos participantes do estudo foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 1) com descrição do objetivo, sigilo, anonimato e liberdade para desistir do estudo, e explicado que os mesmos poderiam desistir de participar do estudo a qualquer momento, não havendo prejuízo algum para eles.

O estudo implicou riscos mínimos aos participantes decorrentes do constrangimento em qualquer uma das etapas da coleta de dados, sendo garantido o sigilo das informações e anonimato por parte da pesquisadora.

## 4 – RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Foram selecionados quatro profissionais, sendo estes: dois representantes da gestão estadual, um representante de um município e um representante de uma universidade. Desses, na primeira rodada dois responderam ao instrumento e um não retornou ao convite para participar do estudo. Já na segunda rodada um o profissional respondeu.

Na primeira rodada, do total de profissionais, todas eram mulheres (100%), com faixa etária entre 30 a 39 anos (50%) e entre 50 a 59 anos (50%). Em relação ao tempo de formação metade possuía entre 10 a 15 anos (50%) e metade acima de 20 anos de formação (50%). Do total de participantes, todos possuíam especialização na área da saúde (100%). Em relação a categoria profissional, parte era enfermeira (50%) e metade médica (50%), sendo a totalidade representante da gestão estadual (100%).

Na segunda rodada houve a participação de apenas um profissional, sendo este representante de um município, sendo este do sexo masculino, faixa etária entre 30 a 39 anos, com tempo de formação entre 10 e 15 anos. Possui especialização na área da saúde, tendo como categoria profissional a enfermagem a enfermagem.

Tabela 1- Perfil dos profissionais participantes do estudo. Santa Maria, RS, 2019.

Características	Primeira rodada (n 1)	Segunda rodada(n2)
Sexo		
Feminino	100% (n1)	-----
Masculino		100% (n2)
Faixa Etária (anos)		
30-39	50% (n1)	100% (n2)
50-59	50% (n1)	-----
Tempo de Formação (anos)		

10-15	50% (n1)	100% (n2)
acima de 20	50% (n1)	-----
Categoria Profissional		
Enfermeiro	50% (n1)	100% (n2)
Médico	50% (n1)	-----
Especialização na área da saúde		
Sim	100% (n1)	100% (n2)
Não	-----	-----

Fonte: Autores.

#### 4.2 VERSÃO INICIAL DO INSTRUMENTO

A versão inicial do instrumento foi elaborada a partir da leitura de documentos disponíveis do Ministério da Saúde e CONASS, bem como da experiência da pesquisadora.

Nessa fase, foram elaborados 71 itens, organizados em eixos temáticos, sendo eles: atenção aos usuários, integração com a equipe especializada, autocuidado e território, dispostos nos eixos estrutura, processo e resultado; sendo que 21 itens foram classificados como estrutura, 26 como processo e 24 como resultado.

#### 4.3 PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO

A versão inicial do instrumento foi enviada aos participantes que atuam na 4ª CRS de forma online para que avaliassem cada item do instrumento, bem como analisar o bloco temático e a que parte da tríade de Donabedian a que esse item pertence (eixo), sugerindo alterações quando pertinentes.

Nessa fase foram feitas 21 sugestões de alterações da redação dos seguintes itens: 1.1.4, 1.1.6, 1.2.3, 1.2.7, 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4, 1.3.5, 1.3.6, 1.3.7, 1.3.9, 1.3.10, 2.1.2, 2.1.5, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.7, 2.3.2, 3.3.1, 4.1.1, 4.1.3, e 08 sugestões de inclusão de itens novos, sendo eles: 1.1.9, 1.1.10, 1.2.15, 1.3.14, 1.3.15, 1.3.16, 4.3.4, 4.3.5. Houve sugestão de exclusão de 06 itens: 1.2.4, 1.2.5, 1.2.9, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3. Também houve sugestão para alterar a disposição dos seguintes itens: 1.2.14 para o eixo 3 - resultados do bloco 1- Atenção aos usuários e item 1.3.8 para o eixo 2 - Processo do bloco 1- Atenção aos usuários.

Ao final dessa etapa o instrumento ficou contemplado com 73 itens, o número de eixos não foi alterado, em relação ao número de itens alocados em cada eixo temos: 23 no eixo estrutura, 24 no eixo processo e 26 no eixo resultados.

#### 4.4 SEGUNDA RODADA DE AVALIAÇÃO

Nessa fase, o instrumento foi enviado ao profissional atuante no município, onde houve a sugestão para alteração na redação dos itens 1.1.1 e 4.2.1, não houve sugestão de exclusão ou inclusão de novos itens. Dessa forma o instrumento permaneceu com 73 itens, alocados em estrutura com 26, processo 24 e resultado com 26 itens.

#### 4.5 PRODUTO FINAL

Ao final das rodadas de avaliação realizada pelos profissionais, o instrumento foi finalizado com 73 itens, separados em 4 blocos: Atenção aos usuários, Integração com a equipe especializada, Autocuidado e Território, sendo que cada bloco contém os seguintes eixos: estrutura, processo e resultado. Dessa forma, o Bloco-1 Atenção aos usuários com 10 itens no eixo estrutura, 12 no eixo processo e 15 no resultado, trazendo questões referentes aos processos de trabalho dos profissionais da unidade, bem como a disponibilidade de materiais essenciais para os atendimentos, e também itens em relação a efetividade das ações e a cobertura da população alvo do estudo.

O Bloco-2 Integração com a equipe especializada contém 5 itens no eixo estrutura, 7 no eixo processo e 3 no resultado, traz itens em relação ao processo de trabalho da equipe da unidade de saúde e da especializada, como ocorre a integração, e a efetividade dessa integração para a assistência dispensada aos usuários.

O Bloco 3-Autocuidado conta 3 itens no eixo estrutura, 2 no processo e 6 no resultado, refere-se a como a equipe de saúde trabalha o autocuidado com os usuários e como isso impacta na situação de saúde dos mesmos.

E o Bloco 4-Território tem 5 itens no eixo estrutura, 3 no processo e 2 no resultado refere-se a como a equipe de saúde trabalha com o seu território, se possui a população adscrita e acompanhada pela equipe.

### 5 - DISCUSSÃO

A APS começou a engatinhar no cenário nacional em 1986, na VIII Conferência de Saúde, onde deu-se início as primeiras discussões acerca do tema e com a participação da comunidade, algo inédito até então.

A partir desse movimento inicial, em 1988 com a promulgação da Constituição Federal a saúde pública brasileira começou a ganhar destaque no País. Traz em seu Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - da Seguridade Social que abrange saúde, à previdência e à assistência social e sua Seção II - Saúde, onde os artigos de 196 a 200 trazem os princípios e diretrizes, em acordo com o Relatório da VIII Conferência de Saúde (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva em 1990 houve a criação de duas Leis Orgânicas que regulamentam a Constituição Federal, sendo elas: Lei 8.8080 e 8.142, com a finalidade de efetivar o que a Constituição promulgou em 1988 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b). E dessa forma, para tentar efetivar o que está disposto na legislação, temos a criação da Política Nacional de Atenção Básica que traz diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS com sua atualização mais recente em 2017 (BRASIL,2017).

Na sua versão mais recente, é reiterado o papel essencial da APS de ser a porta de entrada preferencial para o acesso do usuário ao Sistema Único de Saúde, atuando como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, além de reconhecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal modalidade da APS (BRASIL,2017). Nesse contexto, vale destacar que a ESF é considerada o principal dispositivo para reorganizar a APS, embora coexistam outras formas de organização do cuidado (FAUSTO et al., 2018).

Na perspectiva de fortalecer e organizar o processo de trabalho na APS em redes de saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em conjunto com o governo, criaram a Planificação da Atenção em Saúde, que tem como metodologia para a efetivação tutorias e oficinas a fim de que profissionais do Sistema Único de Saúde construam de forma coletiva saberes e implementem essa nova ótica, tendo como unidades escolhidas para a implementação a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

A planificação vem para fortalecer a APS, e dessa forma, a organização desta em redes de atenção e consequente Linhas de cuidado vem facilitar esse processo, tendo em vista que elas delimitam um grupo específico ou ciclo de vida, o que possibilita aos profissionais um olhar aguçado para esta população, aprimorando os cuidados dispensados conforme as

demandas desta (BRASIL portaria 2010, Silva et al., 2016).

Além disso, é imprescindível que os serviços de saúde sejam avaliados, com a finalidade de saber se as medidas implementadas estão sendo efetivas e caso contrário rever os processos e aprimorar o que precisa ser melhorado (FRACOLLI et al., 2014, FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018). Em relação a esse assunto temos alguns métodos disponíveis para avaliação dos Serviços de Saúde Brasileiro, podendo ser citado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica com início no ano de 2011, com a finalidade de incentivar os gestores e os profissionais a melhorarem a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, dividia-se em ciclos, estando em seu terceiro ciclo e agora está em fase de descontinuidade (BRASIL, 2015).

E também o Primary Care Assessment Tool (PCATool), que tem como objetivo avaliar a APS brasileira através de um questionário estruturado os atributos essenciais (BRASIL 2010; PRATES et al., 2016). Além disso, em relação a planificação da atenção à saúde não há na literatura instrumentos que avaliem o impacto desse processo na APS, o que existe são instrumentos pontuais que avaliam as oficinas, evidenciando com isso uma fragilidade, tendo em vista da necessidade de avaliar o que este processo tem desencadeado de melhorias na APS (NICOLA, 2018). Dessa forma, percebe-se a necessidade de avaliar a APS sob a ótica da Planificação, mas uma avaliação dos impactos deste processo.

Nessa perspectiva da Planificação e seus processos, podemos citar a Linha de Cuidado materno Infantil, de suma importância para o cenário da saúde pública brasileira, pois terá impactos durante outras fases da vida do ser humano, necessitando de um olhar atento por parte de todos os sujeitos.

Desse modo, o instrumento de avaliação dessa linha de cuidado traz em seus blocos, temas essenciais para a efetividade da APS, como o primeiro bloco, onde os itens referem-se à disponibilidade de materiais básicos para realizar os atendimentos necessários a população do estudo, além de carga horária e número de profissionais suficientes para atender a essa população. Segundo Biff et al., (2020), a falta ou mesmo a precariedade de materiais podem impactar negativamente, seja na sobrecarga de trabalho para os profissionais, ou seja, na relação entre estes e os usuários que fica fragilizada.

Ainda segundo a autora, quando há falta de número suficiente de profissionais para desempenhar as funções de acordo com as demandas, há uma sobrecarga dos que ali estão, havendo também um comprometimento na qualidade das funções desenvolvidas por eles (BIFF et al., 2020).

Em relação ao segundo bloco que traz itens sobre a integração com a equipe especializada, tema tão relevante para o cuidado dispensado a população deste estudo, evidenciando a necessidade de contato permanente entre as equipes da APS e da atenção hospitalar a fim de que o cuidado prestado ao usuário tenha continuidade independentemente do nível de complexidade que ele acessa na RAS. De acordo com Soder, Oliveira e Silva et al., (2018) embora de forma velada, há uma disputa de força entre a APS e atenção hospitalar, que gera ao usuário uma descontinuidade do cuidado e que assume um papel forçado de andorlho, buscando distintas portas do sistema de saúde para ter resolutividade do cuidado.

Conforme os mesmos autores, uma forma de resolver tal questão seria a utilização de um sistema de comunicação eficaz entre os sujeitos envolvidos, a fim de dar resolutividade ao cuidado, envolvendo de maneira planejada a APS e a atenção hospitalar (SODER, OLIVEIRA, SILVA et al., 2018).

Já no terceiro bloco há itens acerca do autocuidado, trazendo a importância das ações de educação em saúde como aliadas a melhora da situação de saúde dos usuários, que segundo Sousa, Oliveira e Queiroz (2019), é percebido como uma prática em que uma pessoa leiga atua em interesse próprio na promoção da sua saúde. Também se evidencia a importância da educação em saúde para capacitar esse usuário na aplicação do autocuidado. O quarto bloco se refere ao território, mas no seu sentido amplo, não apenas de delimitação geográfica, mas de conhecimento da sua população a fim de conhecer e identificar a situação

de saúde da mesma e com isso definir ações prioritárias de acordo com a demanda existente.

Segundo Brasil (2017), as equipes de saúde atuarão com base no seu território definido, assumindo as responsabilidades sanitárias sobre o mesmo, sendo considerada uma diretriz para a operacionalização da atenção básica.

Dessa forma, percebe-se a necessidade de elaborar um instrumento que avalie os impactos oriundos do processo da planificação, a fim subsidiar gestores e profissionais na tomada de decisão acerca das ações a serem desenvolvidas na APS, com o intuito de qualificar o cuidado dispensado aos usuários.

## **6 – CONCLUSÃO**

A saúde pública brasileira teve avanços ao longo dos anos, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido para efetivar a importância da Atenção Primária à Saúde neste cenário, para tal a avaliação em saúde é um tema que merece destaque, uma vez que é necessário avaliar os serviços dispensados à população a fim de evidenciar os resultados bem como as melhorias que precisam ser feitas para qualificar estes serviços, e a participação dos profissionais nesse processo de avaliação se faz necessário, tendo em vista que estes são os sujeitos que operacionalizam na prática o que foi planejado e proposto.

Nessa perspectiva, a planificação da atenção à saúde vem para fortalecer a APS, no entanto ainda não há instrumento que avalie os seus impactos, evidenciando uma lacuna nesse processo. Dessa forma elaborar um instrumento que avalie os resultados das propostas da planificação mostra-se necessário para fortalecer e efetivar a importância da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS. Ainda nesse sentido, como a planificação traz as linhas de cuidado, a escolha pela linha de cuidado Materno Infantil se mostra de grande relevância, pois as ações de saúde dispensadas a essa população terão impactos durante todos os ciclos de vida.

Sendo assim, a elaboração desse instrumento poderá auxiliar gestores e profissionais a qualificar ainda mais a assistência dispensada aos usuários, bem como corrigir possíveis falhas no processo de trabalho, tornando o cuidado resolutivo e afirmando o papel essencial da Atenção Primária a Saúde



## REFERÊNCIAS

- BIFF D. et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1):147-158, 2020 DOI: 10.1590/1413-81232020251.28622019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 19 set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF*, 28 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>
- BRASIL. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 436 p
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). 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). Disponível em: <[http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>
- BRASÍLIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. 2018
- COLUCI MZO; ALEXANDRE NMC; MILANI D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.20, n.3, p. 925-936, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n3/925-936/pt>>.
- DONABEDIAN A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA*. Chicago( IL): 1988, 260: 23-30. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>>.
- EVANGELISTA MJO., et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6):2115-2124, 2019 DOI: 10.1590/1413-81232018246.08882019
- FACCHINI LA; TOMASI E; DILÉLIO AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate | Rio de Janeiro*, v. 42, número especial 1, P. 208-223, setembro 2018
- FAUSTO MCR, et al. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate | Rio de Janeiro*, V. 42, N. ESPECIAL 1, P. 12-17, SET 2018 DOI: 10.1590/0103-11042018S101
- FERREIRA VD. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc. Anna Nery* vol.20 no.4 Rio de Janeiro 2016 Epub Nov 28, 2016 <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>
- MANTOVANI MF, et al. Pesquisa Metodológica: da teoria à prática. In: Lacerda, M.R.; RIBEIRO RP; COSTENARO, R.G., organizadoras. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática* Volume II. Porto Alegre; Editora Moriá; 2018. p.

151-76

MENDES EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. Estud. av, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf>>

NASCIMENTO JS, et al. Assistência à Mulher no Pré-Natal, Parto e Nascimento: Contribuições da Rede Cegonha. Revist. Port.: Saúde e Sociedade. 2018;3(1):694-709 DOI <http://dx.doi.org/10.28998/rpss.v3i1.4241>

NICOLA, T. Construção e Validação de um Instrumento de Avaliação do Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. 2018. Tese de Doutorado Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/661>

PASQUALI L. Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento. Brasília: Laboratório de pesquisa em Avaliação em Saúde; Instituto de psicologia/Unb; 1996. Disponível em:

[https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/teoria\\_metodos\\_ciencias\\_comportamento.pdf](https://www.faecpr.edu.br/site/documentos/teoria_metodos_ciencias_comportamento.pdf)

PEITER CC. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. Escola Anna Nery 23(1) 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214

POLIT DF, BECK CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <http://atencao basica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>

RODRIGUES LBB. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. Ciência & Saúde Coletiva, 19(2):343-352, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014192.18032012

SODER R, OLIVEIRA IC, SILVA LAA et al. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. Enferm. Foco 2018; 9 (3): 76-80 Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496/465>

SOUSA GF; OLIVEIRA KDP; QUEIROZ SMD. Educação em saúde como estratégia para a adesão ao autocuidado e às práticas de saúde em uma unidade de saúde da família. Rev Med (São Paulo). 2019 jan.-fev.;98(1):30-9. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i1p30-39>

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

SILVA SP, et al. Indicadores de qualidade em uma unidade de terapia intensiva neonatal: sob a óptica da segurança do trabalhador. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO – Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde V.3,n 02:Agosto-Dezembro, 2017. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/355/284>

SUMAR N, FAUSTO MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. J Manag Prim Health Care. 2014; 5(2): 202-212. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217/2>

## ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**Título do estudo:** PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NA 4ª. COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

**Pesquisador responsável:** Teresinha Heck Weiller

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Ciência da Saúde. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1302, 97105-970 - Santa Maria - RS. Fone: (55) 3220-8000.

**Local da coleta de dados:** Via meio digital.

**CAAE nº:** 03355018.4.0000.5346

Eu, Teresinha Heck Weiller, responsável pela pesquisa Planificação da Atenção à Saúde na 4ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo. Esta pesquisa tem como objetivo Elaborar um Instrumento de Avaliação Linha de Cuidado Materno Infantil sob a ótica da Planificação da Atenção à Saúde nas Regiões Entre Rios e Verdes Campos.

Para realizar o estudo será necessário que o (a) Sr. (a) se disponibilize a participar do estudo através da avaliação de conteúdo de um questionário. Esta pesquisa terá como produto, um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde na 4ª. CRS. Os riscos apresentados são mínimos, podendo ocorrer eventual desconforto pela exposição do seu desconhecimento sobre a temática durante a avaliação do instrumento. O benefício será indireto, através do conhecimento científico e técnico gerado a partir da coleta das informações.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Santa Maria/RS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

---

Prof. Dr. Teresinha Heck Weiller  
Pesquisadora Responsável

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

---

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 -  
Santa Maria - RS - 2º  
andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail:  
cep.ufsm@gmail.com.