

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Tainá Nicola

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO
PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Porto Alegre
2018

Tainá Nicola

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO
PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho final submetido ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Alisia Helena Weis

Porto Alegre

2018

Catálogo na Publicação

Nicola, Tainá

Construção e validação de um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde / Tainá Nicola. -- 2018.

86 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.

Orientador(a): Alisia Helena Weis.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação em saúde. 3. Estudos de validação. 4. Avaliação de programas e projetos de saúde. I. Título.

Tainá Nicola

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO
PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho final apresentado para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Área de concentração: Enfermagem.

Porto Alegre, 05 de julho de 2018

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Graciele Fernanda da Costa Linch
PPG Enfermagem
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

Dr^a Adriana Aparecida Paz
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

Dr Raphael Maciel da Silva Caballero
Departamento de Saúde Coletiva
Universidade Federal de Ciências Saúde de Porto Alegre

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho tornou-se possível por meio do apoio de muitas pessoas.

Minha gratidão em especial:

Aos meus pais Rosane e José Carlos e minha irmã Tuane, pelos ensinamentos, amor e apoio em todos os momentos. Vocês são meus exemplos!

Ao meu namorado Bruno, por todo amor, paciência, incentivo e cuidado durante este percurso e diariamente. Obrigada pela formatação do sumário e ilustrações!

À minha orientadora Alísia, por me guiar nessa trajetória, por sua disponibilidade, atenção e contribuições que enriqueceram este trabalho. Muito obrigada!

Às demais professoras do PPG Enfermagem pelos ensinamentos e desafios propostos, que contribuíram para a minha formação;

Aos colegas de mestrado, pelas trocas e parceria que nos fez ir em frente;

Aos colegas da Coordenação Estadual da Atenção Básica/RS, pelo apoio, trabalho em equipe, leveza do dia a dia e compreensão nas ausências. Obrigada por tudo!

À direção do Departamento de Ações em Saúde da SES/RS, Elson e Rebel, por viabilizarem a realização do Mestrado Profissional e pelo incentivo ao aperfeiçoamento profissional. Muito obrigada!

Aos professores da Banca de Defesa, pela disponibilidade em participar desse momento e as contribuições para o trabalho;

Aos demais que me motivaram neste percurso. Obrigada!

RESUMO

As Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde visam aprimorar o processo de trabalho das equipes de Atenção Primária, formando relações entre os pontos de atenção, a partir das necessidades da população. Não foram encontrados na literatura instrumentos específicos validados para a avaliação desse processo. Assim, os objetivos do estudo são construir e validar um instrumento para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde e descrever os critérios de construção e validação de conteúdo desse instrumento. Trata-se de um Estudo Metodológico. O instrumento elaborado foi avaliado por um comitê de especialistas utilizando a técnica Delphi, em duas rodadas, por meio de roteiros eletrônicos de avaliação de conteúdo. Para o grau de concordância foram utilizados o Percentual de Concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Na primeira rodada, participaram seis especialistas e a Taxa de concordância do instrumento foi 87% para clareza e 94% para representatividade. Na segunda rodada, participaram cinco especialistas e o IVC foi 0,95 para clareza, 0,97 para representatividade e 0,96 o IVC total. O instrumento final possui 42 itens divididos em três blocos: estrutura, conteúdo e aplicabilidade operacional. Os resultados deste estudo contribuem para a ampliação do conhecimento na temática. O instrumento de avaliação construído possui validade de conteúdo para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde, sendo uma ferramenta possível de utilização para essa finalidade, principalmente pela gestão estadual e municipal.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Estudos de validação. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT

The Planning Workshops for Primary Health Care aim to improve the work process of Primary Care teams, forming relations between the points of attention, from the needs of the population. No specific instruments validated for the evaluation of this process were found in the literature. Thus, the objectives of the study are construct and validate an instrument to evaluate the process of Planning Primary Health Care and describe the criteria for constructing and validating the content of this instrument. It is a methodological study. The instrument was evaluated by a committee of experts using the Delphi technique, in two rounds, through electronic content evaluation scripts. For the degree of agreement, were used the Percentage of Agreement and the Content Validity Index (IVC). In the first round, six experts participated and the instrument's mean agreement was 87% for clarity and 94% for representativeness. In the second round, five experts participated and the IVC was 0,95 for clarity, 0,97 for representativeness and 0,96 the total IVC. The final instrument has 42 items divided into three blocks: structure, content and operational applicability. The results of this study contribute to the increase of the knowledge in the subject. The designed evaluation instrument has content validity to evaluate the Primary Health Care Planning, being a possible tool of use for this purpose, mainly by state and municipal management.

Descriptors: Primary Health Care. Health evaluation. Validation studies. Program evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	29
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Temáticas e objetivos das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde	23
Quadro 2. Temáticas das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde no RS	28
Quadro 3. Etapas do estudo para validação do conteúdo de acordo com a técnica Delphi	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil do comitê de especialistas participantes da Técnica Delphi para validação de conteúdo do Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.	41
Tabela 2. Concordância das rodadas da Técnica Delphi para validação de conteúdo. Taxa de Concordância (%) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.	46

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica

AMAQ-AB - Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

ASSTEPLAN - Assessoria Técnica e de Planejamento

CEAB - Coordenação Estadual da Atenção Básica

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DAS - Departamento de Ações em Saúde

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESP/RS - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

IVC - Índice de Validade de Conteúdo

MS - Ministério da Saúde

MESH - Medical Subject Headings – Sistema de Metadados Médicos

PCATool - Primary Care Assessment Tool - Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

PMAQ-AB – Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

QUALI-AB - Questionário de avaliação da qualidade de serviços de saúde da Atenção Básica

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SES/RS - Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE SIGLAS.....	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
2.2 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	21
2.3 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	23
2.3.10 PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	27
2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	28
3 MÉTODO	32
3.1 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO	32
3.2 TESTE PILOTO	33
3.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO	34
3.3.1 GRAU DE CONCORDÂNCIA.....	37
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	38
4 RESULTADOS	40
4.1 PERFIL DOS ESPECIALISTAS	40
4.2 PRIMEIRA RODADA.....	41
4.3 SEGUNDA RODADA	43
4.4 PRODUTO	49
5 DISCUSSÃO.....	53
6 CONCLUSÃO	59
7 REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	69
ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

A efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como possibilidade de mudança na forma como os serviços e práticas de saúde se organizam. Tal reorganização da atenção à saúde no Brasil requer um acúmulo de forças capazes de reestruturar a produção de serviços e de conhecimento, submetendo-as ao bem comum. No entanto, mesmo após mais de 20 anos da implantação desse sistema, a análise do setor revela uma baixa efetividade na provisão dos serviços e outras limitações decorrentes de um escasso financiamento público, persistência de segmentação no sistema, barreiras organizacionais para acesso, integração incipiente da Atenção Primária com a rede e coordenação inexistente entre os níveis de atenção¹⁻³.

A Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção, sendo o centro de comunicação do sistema deve ordenar a rede e coordenar o cuidado. Propicia relações entre os pontos de atenção, a partir das necessidades em saúde de uma população, da responsabilização pela atenção integral e pelo cuidado multiprofissional^{2,4-5}.

O termo Atenção Primária à Saúde, com seu sentido amplo e integral, também é referido no Brasil através do termo Atenção Básica⁶. No presente estudo não serão consideradas as divergências conceituais das terminologias, sendo os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica utilizados como sinônimos.

Um sistema de saúde fundamentado na APS constitui uma estratégia de organização integral, pautada na saúde como direito universal, equitativo e solidário. A integralidade da atenção assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população e o cuidado coordenado para os outros pontos de atenção, buscando assim o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)^{2,7}.

O acesso aos serviços de saúde como um direito vem sendo bastante debatido, pautado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade em relação às necessidades de saúde da população. Coerência e coordenação insuficientes na atenção à saúde ainda são consideradas as principais causas de falta de respostas às necessidades da população⁸.

Desse modo, buscando respostas institucionais para as necessidades em saúde a serem enfrentadas na Atenção Primária, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propõe, desde 2011, 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. As oficinas de Planificação buscam apoiar as equipes estaduais na implementação de ações e estratégias que promovam o debate e aprimorem o cuidado na APS desenvolvido nos municípios⁹.

No Estado do Rio Grande do Sul, esse processo é realizado desde 2015, em uma parceria do CONASS com a Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS), cuja proposta de construção coletiva de conhecimentos, propicia a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a sua aplicação para a realidade dos participantes. A metodologia prevê encontros mensais, nos quais ocorre a troca de informações entre os trabalhadores das equipes de saúde, gestores e técnicos estaduais e municipais⁹.

O surgimento de novas tecnologias em saúde e a diversidade dos modelos assistenciais frente à escassez de recursos tornou iminente a discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde e da assistência prestada, bem como a melhor forma de avaliá-los¹⁰⁻¹¹. Nesse sentido, a avaliação em saúde se faz necessária para a rede de cuidados, através de ferramentas que identifiquem os nós críticos do sistema.

No Brasil, iniciativas de avaliação da APS que contribuam para o envolvimento das equipes locais de saúde no processo de melhoria da qualidade dos serviços vêm ganhando destaque^{9,12}. No entanto, não foram encontrados nas principais bases de dados nacionais, como Scielo, Bireme e Lilacs, estudos que abordem a existência de um instrumento específico para a avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. Quanto os instrumentos de avaliação encontrados na literatura consultada, observou-se que há predominância do PCATool e dos modelos de avaliação de desempenho desenvolvidos por pesquisadores. Ressalta-se ainda que o termo "Planificação" é brasileiro, não sendo utilizado mundialmente, e assim, não é encontrado nos portais DECS ou MESH.

Desse modo, o estudo justificou-se pela inexistência, até o presente momento, de um instrumento validado para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. Ao se buscar compreender como as oficinas de

Planificação promovem a qualificação dos processos de trabalho dos profissionais da APS, pretende-se favorecer a reflexão acerca do acesso à saúde e a integração entre os diversos níveis de atenção, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS.

Assim, a construção e a validação do instrumento buscam colaborar com uma avaliação mais sistêmica da Planificação da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Atenção à Saúde, promover um conjunto de reflexões capazes de apoiar a tomada de decisão dos gestores em relação ao processo de Planificação, proporcionar uma maior compreensão do processo de trabalho das equipes de APS, bem como possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado em Rede.

1.1 OBJETIVOS

Construir e validar um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Descrever os critérios de construção e validação de conteúdo de um instrumento para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A incorporação da avaliação à rotina dos serviços se faz necessária a fim de fortalecer a capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde. As ações de monitoramento e avaliação possuem objetivos intrinsecamente vinculados ao desafio de consolidação do SUS. Podem ser vistas também como intervenções para aumentar a capacidade de governo, com vistas à melhoria de seu projeto político, contribuindo, assim, para a governabilidade do sistema de saúde¹³⁻¹⁴.

A necessidade de melhorar os processos de tomada de decisões está cada vez maior, tornando imprescindível que a avaliação seja vista como sistema institucionalizado de apoio à gestão na área de saúde¹³. A atividade de avaliar é conceituada como:

"consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construir (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)" (CONTANDRIOPOULOS et al 2000. p. 637-67.)¹⁵

Neste sentido, a avaliação é vista como um processo em que os avaliadores e avaliados produzem, conjunta e colaborativamente, informações úteis sobre o objeto avaliado visando a sua qualificação. Há um longo percurso para se alcançar a institucionalização da avaliação em um sistema organizacional, que requer colaboração das instâncias, conquista de espaço político, autonomia dos recursos necessários e fortalecimento da capacidade avaliativa dos envolvidos¹⁶.

A necessidade de melhorar os processos de tomada de decisão está cada vez maior. Desse modo, institucionalizar a avaliação pode ser uma alternativa ao sistema de saúde. A avaliação permite monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar problemas e instrumentalizar equipes de saúde, gestores e comunidades¹⁴.

Assim, a institucionalização da avaliação representa uma estratégia importante a ser promovida para melhorar a eficiência do sistema de saúde, tendo em vista que a melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão. A pertinência da avaliação é maior quando há um grande número de atores envolvidos, fazendo com que seja verdadeiramente um condutor de mudanças¹⁰.

Atributos ou dimensões para a definição de qualidade foram propostos por estudiosos da área, formando assim, os sete pilares: eficácia - o efeito em condições ideais; efetividade - o efeito real em um sistema operacional; eficiência - o cuidado efetivo obtido ao menor custo; otimização - o cuidado efetivo possível de ser obtido, através da relação custo benefício; aceitabilidade - os serviços de acordo com as normas culturais, sociais e as expectativas dos usuários; legitimidade - o grau de aceitabilidade por parte da sociedade e equidade – distribuição de serviços de acordo com as necessidades da população¹⁷.

Dessa maneira, a avaliação deve ocorrer a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultado, sendo que uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo favorece um bom resultado. A estrutura refere-se aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e à normatização do serviço; o processo está relacionado diretamente ao funcionamento do sistema, ou seja, como as ações são organizadas; e o resultado diz respeito às mudanças geradas pelas ações realizadas¹⁸.

No Brasil, desde os anos 90, diversos esforços a fim de institucionalizar a avaliação em saúde podem ser observados, inclusive o desenvolvimento de uma cultura avaliativa na APS. Essa expansão e relativa autonomização da avaliação em saúde fez emergir debates sobre a sua constituição no interior do setor Saúde no país¹⁹.

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido como uma contribuição decisiva para qualificar a Atenção Primária à Saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados, sistemáticos e coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade). Além disso, esses processos devem ser abrangentes em suas várias dimensões - da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico¹³.

As avaliações voltadas à implantação de programas e serviços de saúde vêm aumentando no Brasil, através da utilização de diferentes instrumentos e metodologias. Tem se destacado os estudos avaliativos no contexto da gestão hospitalar que envolvem os processos de Acreditação Hospitalar, visando replicar o papel dos chamados sistemas de certificação do controle da qualidade. Esses processos são voltados para a gestão da qualidade da assistência, aumento da eficiência e eficácia financeira, organização de processos, atendimento de requisitos dos pacientes, desenvolvimento e satisfação dos colaboradores nos ambientes hospitalares, além de melhorias na segurança do paciente²⁰.

Já no contexto da APS, desafios ainda são enfrentados para satisfazer plenamente as necessidades dos usuários e para definir um novo modelo assistencial no país, a partir das propostas da Política Nacional da Atenção Básica. Diante da complexidade da gestão do SUS é essencial que se faça uso dos instrumentos de avaliação dos serviços como ferramenta facilitadora de mudanças, pois a avaliação das características intrínsecas à APS pode direcionar qual o melhor percurso para a manutenção e/ou avanço na qualidade assistencial²¹.

Nesse sentido, ganha relevância a compreensão da consolidação da avaliação de programas e políticas de APS no Brasil, bem como os usos que os resultados dessas avaliações possam ter para subsidiar os gestores e as equipes. Em 2003, a partir do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), começaram a ser desenvolvidos estudos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre monitoramento e avaliação da Atenção Primária.

No mesmo ano, houve a criação de uma Comissão de Avaliação da Atenção Básica pela Portaria Nº 676 de 03 de junho de 2003²², bem como a criação de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no Ministério da Saúde. Essa Comissão elaborou o Documento Final de Avaliação da Atenção Básica, que estabeleceu consensos sobre a situação de saúde da população.

Em 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMQ), que consistia em uma ferramenta de autoavaliação sobre a organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. Essa avaliação tinha como foco de análise os serviços e as práticas de saúde, a partir do modelo teórico proposto por Donabedian²³.

Já em 2007 foi desenvolvido e validado, no Estado de São Paulo, um instrumento de avaliação de serviços de Atenção Básica autoaplicável via web, o

Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), dirigido a todos os serviços de Atenção Primária independentemente de seu modelo organizacional²⁴.

Em 2010, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool - Primary Care Assessment Tool) foi traduzido para a língua portuguesa e utilizado pelo Ministério da Saúde para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem os serviços de APS e seus atributos no Brasil. Esse instrumento, criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966), foi validado por Starfield nos Estados Unidos em 1998²⁵.

A partir da mudança nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica em 2011, o Ministério da Saúde buscando consolidar o monitoramento e avaliação na APS, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a fim de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. O referido programa propôs um instrumento autoavaliativo, a Auto-avaliação para a Melhoria do Acesso e Qualidade da AB (AMAQ-AB), como uma ferramenta a ser utilizada pelas equipes de Saúde da Família para a qualificação do processo de trabalho e do cuidado prestado. A AMAQ procura orientar a elaboração de estratégias de intervenção para a resolução dos problemas identificados nas equipes²⁶.

O PMAQ-AB é um modelo de avaliação de desempenho do sistema de saúde que pretende mensurar os possíveis efeitos das políticas públicas. O Programa objetiva subsidiar a tomada de decisão, garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários²⁶.

Neste sentido, o Ministério da Saúde define avaliação como um componente da gestão em saúde capaz de fornecer subsídios aos processos decisórios, através da identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos²⁷. Há necessidade constante de atualização dos padrões de qualidade com redefinição sucessiva em busca do ideal, visto a impossibilidade de estabelecimento de padrões normativos de qualidade absolutos e imutáveis⁷.

Nessa busca, a avaliação é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que refletem a realidade e possibilitam intervenções a partir de critérios bem definidos. Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de

mudanças observadas, além de procurar fortalecer a responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada²⁸.

É necessário que as instâncias de decisão às quais a avaliação se dirige possam utilizar as informações produzidas nos seus modelos de ação. Os avaliadores devem se acostumar com os processos de elaboração de políticas e de decisão dos gestores e, por outro lado, é preciso que as instâncias de decisão compreendam os desafios e exigências da avaliação. Acima de tudo, os gestores precisam compreender a consistência dos resultados para terem condições de aplicá-los às situações ao realizarem a tomada de decisão¹⁰.

Portanto, a prática avaliativa tem o intuito de provocar mudanças, contribuindo com a reflexão e aprendizado do espaço técnico, político e ético, tendo em vista o conhecimento e a experiência em cada lugar do sistema de saúde. É uma ferramenta facilitadora para uma prática profissional mais integral²⁹.

2.2 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Atualmente, um número crescente de questionários e escalas está disponível na área de saúde. Os atributos mais importantes desses instrumentos de coleta de dados são: validade, confiabilidade, praticabilidade, sensibilidade e responsividade. As características de validade e de confiabilidade são particularmente importantes ao se escolher, desenvolver ou adaptar um instrumento, que será utilizado tanto para pesquisas como para a prática clínica³⁰.

A validade de um instrumento está relacionada a precisão da ferramenta em mensurar aquilo que se propõe, sendo a validade de conteúdo um dos tipos de validação mais utilizado nas investigações. Essa validação de conteúdo, baseada no julgamento de especialistas em uma área específica, determina se o conteúdo de um instrumento de medida explora, de maneira efetiva, os quesitos para mensuração de um determinado fenômeno a ser investigado³¹.

A validade de conteúdo é definida também de uma forma mais abrangente, isto é, avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo com um propósito particular de avaliação. No caso de um questionário, consideram-se como elementos: as instruções, o formato das respostas e os itens de forma individual. Essa validade de conteúdo é fundamental

no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumento de medidas, no entanto, apresenta limitações por ser um processo subjetivo³⁰.

A construção metodológica da avaliação de desempenho dos serviços de saúde dependerá da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas que se quer avaliar. Isso pode embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho. Em um estudo, o instrumento proposto apresentou viabilidade de aplicação e potencial de avaliação da estrutura dos serviços de saúde para o tratamento da tuberculose considerando os diferentes municípios avaliados³².

Em outro estudo foi realizada a adaptação e validação semântica para o Brasil dos itens de um instrumento, tendo em vista a coerência, a relevância e a compreensão de cada item em sua composição. O instrumento se revelou como possível ferramenta a ser considerada pelos gestores e trabalhadores de saúde no diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da Atenção Primária à Saúde em um eixo coordenador das RAS³³.

Tem-se verificado na literatura a dificuldade dos sistemas de saúde em produzir ações em saúde contínuas, integradas e sensíveis à equidade, bem como em propor itens que expressam tal dinamicidade. O processo de adaptação e validação de um instrumento deve englobar também, outras medidas para avaliar a equivalência de mensuração, como validade de estrutura dimensional e validade externa de construto³³.

Mesmo diante da expressiva quantidade de atividades que as equipes de Saúde da Família realizam, ainda há escassez na literatura referente aos instrumentos de pesquisas na Atenção Primária. Existe também a carência de instrumentos que descrevam as atividades realizadas e metodologicamente, a melhor maneira de realizar investigações sobre as intervenções dos profissionais de saúde na Atenção Primária³⁴.

Diante do exposto, compreender os procedimentos para a realização da validação de um instrumento se faz essencial para pesquisadores e profissionais da área da saúde. A utilização de medidas e instrumentos confiáveis e apropriados é cada vez mais relevante para a coleta de dados na avaliação da qualidade do sistema de saúde³⁰.

2.3 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A estratégia de **Planificação da Atenção Primária à Saúde**, promovida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) desde 2011, é constituída por oficinas que promovem a reflexão sobre a situação de saúde dos territórios, os principais problemas de saúde a serem enfrentados e a necessidade de modificar o modelo de atenção. Procura refletir sobre a situação da APS, a revisão dos processos de trabalho das equipes e a estruturação dos sistemas de apoio e logístico. Tais temáticas são consideradas imprescindíveis para o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde nos territórios, buscando atender às necessidades de saúde da população e melhorar os resultados do sistema de saúde⁹.

A Planificação compreende uma proposta de construção coletiva de conhecimentos, que proporciona a apropriação de conceitos e ferramentas para instrumentalizar a realidade dos participantes. Pressupõe que a relação do facilitador e do participante das oficinas seja de forma horizontalizada, prevalecendo a troca de informações⁹.

A metodologia das oficinas prevê a participação mensal de todos os profissionais das equipes de saúde dos municípios, de técnicos estaduais e municipais, bem como de gestores dos dois entes federativos, entre eles, os Secretários Municipais de Saúde. As atividades realizadas compreendem: trabalhos de grupo, estudos dirigidos, estudos de caso, exposições, debates, leitura de textos de apoio, exercícios, utilização de roteiro para trabalho de campo, entre outros.

Cada uma das oficinas possui temática e objetivo específicos e são estruturadas didaticamente em unidades de ensino. No início da oficina ocorre a apresentação do trabalho de dispersão dos grupos participantes, para que sejam verificados se os conceitos discutidos na oficina anterior foram compreendidos e apreendidos pelos participantes. As temáticas e os objetivos das 11 oficinas possíveis dentro desse processo estão expostos no quadro a seguir:

Quadro 1. Temáticas e objetivos das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde

Oficina	Temática	Objetivos
I	As Redes de Atenção à Saúde;	- Compreender a significação da situação de saúde; - Compreender os objetivos dos sistemas de atenção à saúde;

		- Compreender os fundamentos que dão base à construção das RAS; - Compreender a estrutura operacional de uma RAS; - Compreender os modelos de atenção à saúde; - Utilizar o processo de modelagem das RAS.
II	A Atenção Primária à Saúde no estado;	- Compreender e discutir a evolução do conceito de APS; - Compreender e discutir os elementos constituintes da APS; - Compreender e discutir a realidade loco-regional visando o fortalecimento da APS nesta realidade.
III	Territorialização;	- Compreender e discutir o conceito de território e sua utilização em saúde; - Compreender e discutir o objetivo e a elaboração de análise situacional de saúde frente à APS; - Compreender e discutir a articulação da APS com a Vigilância à Saúde.
IV	Vigilância em saúde;	- Conhecer e compreender os conceitos e os elementos da Vigilância em Saúde; - Compreender a importância da inserção desses conceitos e elementos na organização do processo de trabalho das equipes da APS; - Compreender e discutir a articulação da APS com a Vigilância em Saúde.
V	A organização dos processos de trabalho em saúde;	- Conhecer as características definidoras do processo de trabalho em saúde; - Conhecer e discutir os conceitos de humanização dos processos de trabalho em saúde e seus principais dispositivos: acolhimento e classificação de risco; - Conhecer e discutir os conceitos que embasam Gestão da Clínica, Diretrizes Clínicas e Protocolos Clínicos; - Conhecer e discutir os elementos de planejamento da organização à demanda programada e espontânea; - Discutir as metas e os indicadores estabelecidos no Pacto da Saúde diante da realidade loco-regional.
VI	A organização da atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde;	- Promover a reflexão das equipes de saúde sobre a importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalhos das unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.
VII	Abordagem familiar e prontuário familiar;	- Desenvolver competências para a adoção dos instrumentos de abordagem familiar e a implantação do prontuário familiar.
VIII	A organização da Assistência Farmacêutica;	- Compreender a importância da estruturação da assistência farmacêutica na organização da APS.
IX	Sistemas de Informação e análise de situação de saúde;	- Apresentar os principais sistemas de informação utilizados no SUS; - Compreender a importância da análise de situação de saúde e dos sistemas de informação para o planejamento, a programação, o monitoramento e a avaliação das ações na APS.
X	Os sistemas de apoio diagnóstico,	- Conceituar e compreender a importância da

	sistemas logísticos e monitoramento;	estruturação dos sistemas de apoio diagnóstico e sistemas logísticos na organização da APS; - Conhecer os sistemas de monitoramento e avaliação utilizados na APS.
XI	A contratualização das equipes da APS.	- Compreender a importância da utilização de sistemas de incentivos e de avaliação para as equipes para a melhoria dos resultados da atenção; - Realizar a avaliação das oficinas e do processo de implantação dos trabalhos de dispersão.

Fonte: BRASIL, 2011.

O processo de construção da Planificação da Atenção Primária à Saúde iniciou no ano de 2004, a partir de uma experiência no estado de Minas Gerais, que procurou avaliar e discutir o papel das Redes de Atenção à Saúde. Tal diagnóstico levou à constatação de que sem organizar a Atenção Primária não seria possível organizar a RAS, dando início às oficinas denominadas Plano Diretor da Atenção Primária, oferecidas aos municípios durante aproximadamente três anos. Esse movimento constituiu a primeira geração das oficinas de Planificação da APS e a partir dessa experiência, um grupo técnico do CONASS foi criado para elaboração de todo processo de Planificação³⁵.

Com a realização das oficinas em Minas Gerais e a partir do alinhamento dos conceitos de APS e RAS, foi desenvolvida pelo CONASS a segunda geração desse processo, com a realização das oficinas de Redes de Atenção à Saúde em diversos estados brasileiros. Essa experiência contribuiu para o processo de construção da Portaria Nº 4.279/10, que trata das redes e regiões de saúde³⁶.

Com o andamento do processo percebeu-se que as oficinas, apesar de orientar e levar o conhecimento acerca da APS, não transformavam profundamente o processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde. A partir dessa avaliação, surgiu a terceira geração de oficinas de Planificação, que constituíram de um modelo voltado para a organização dos macro e microprocessos da APS. As oficinas passaram a contar com o referencial de gerenciamento de processos e com a utilização de uma concepção educacional baseada na Tutoria³⁵.

O processo de implementação da Planificação passou a ter uma fase inicial em uma unidade laboratório, seguida da expansão para outras unidades de saúde. Com o modelo de educação tutorial surgiu o Tutor, inserido nas unidades de saúde para acompanhar as mudanças nos processos de trabalho³⁵. Os macro e micro processos acompanhados por eles seriam: atenção aos eventos agudos; atenção às

condições crônicas não agudizadas; atenção domiciliar; atenção às demandas administrativas, atenção preventiva e apoio ao autocuidado⁹.

A partir das experiências de Laboratórios de Atenção em Curitiba/PR e em Santo Antônio do Monte/MG, o CONASS percebeu a importância de organizar conjuntamente a APS e a atenção ambulatorial especializada. Assim, a partir da estratificação de risco, os usuários classificados com baixo e médio risco são manejados na Atenção Primária e aqueles com alto e muito alto risco são referenciados para a atenção especializada³⁵.

Tais experiências permitiram ao CONASS evoluir para a quarta geração da Planificação, que passou a ser denominada **Planificação da Atenção à Saúde**, pois envolvia além da APS, a atenção ambulatorial especializada. Essa quarta geração da planificação ocorreu por três modelos: o de Santo Antônio do Monte/MG, que iniciou a organização da atenção especializada para depois organizar a atenção primária; o modelo do Paraná, que realizou a organização conjunta da atenção primária e da atenção especializada; e o modelo de Tauá/CE, que partiu da organização da atenção primária, seguindo para a organização da atenção especializada⁹.

Após o processo de Planificação da quarta geração, ainda que bem avaliadas, as Oficinas necessitam ampliar o escopo de seu trabalho³⁵. Desse modo, está sendo elaborada pelo CONASS a quinta geração de oficinas de Planificação da Atenção à Saúde, que agregam a organização de processos relativos a três áreas fundamentais: a assistência farmacêutica, o apoio diagnóstico e a organização do acesso à APS.

Portanto, ao reconhecer a complexidade da APS e a necessidade de uma nova abordagem para as equipes de saúde, é possível viabilizar a efetivação de mudanças e o alcance dos resultados esperados. O apoio técnico às equipes de APS e aos gestores municipais, por meio da Planificação busca favorecer a adequada organização do sistema de acordo com os princípios do SUS. Desse modo, uma APS orientada para os usuários e com processo de trabalho qualificado, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde da população^{9,37}.

Por fim, ressalta-se que há uma carência de estudos sobre a Planificação da Atenção Primária à Saúde, bem como de instrumentos de avaliação desse processo, não sendo encontradas produções científicas dessa temática nas principais bases de dados. Os materiais disponíveis restringem-se aos manuais técnicos/ diretrizes

do CONASS e relatos de experiência de outros estados que já executaram as oficinas.

2.3.1 O PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

No Estado do Rio Grande do Sul, o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde iniciou no ano de 2015, cuja proposta do CONASS passou a ser desenvolvida em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde. No RS, a Planificação da APS integra o processo de Planificação da Atenção à Saúde, pois é abordada a organização do nível primário (Oficinas e Tutorias da APS) e do nível secundário (Tutorias da Atenção Especializada) de atenção, características da quarta geração da Planificação. O projeto piloto foi executado nas regiões de saúde 01 e 02, que pertencem à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Em 2017, o processo foi estendido para as regiões de saúde 04 e 05, pertencentes à 18ª CRS. A equipe condutora no RS é composta por: Coordenação Estadual da Atenção Básica e demais coordenações do Departamento de Ações em Saúde (DAS) da SES/RS, CRS, CONASS, Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN) e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS).

Na região da 4ª CRS, dos 32 municípios, 17 (53%) aderiram ao projeto piloto da Planificação. As oficinas contaram com a participação de, aproximadamente, 70 equipes de APS, 1200 trabalhadores de saúde, 40 facilitadores e 10 tutores. Na região da 18ª CRS, dos 23 municípios, todos (100%) aderiram ao processo de Planificação da Atenção à Saúde. Nessa região, as oficinas contaram com, aproximadamente 111 equipes de APS, 1400 trabalhadores de saúde, 30 facilitadores e sete tutores³⁸.

A Planificação desenvolvida no estado do RS sofreu algumas modificações em relação ao projeto original do CONASS. Houve a redução da quantidade das oficinas de Planificação da APS de 11 para seis, devido algumas questões operacionais como a grande quantidade de Regiões de Saúde e o planejamento logístico envolvido para execução, no entanto, foi previsto que não houvesse prejuízos quanto às temáticas e os objetivos das oficinas. Dessa maneira, o material teórico foi adequado para execução em seis oficinas, assim como as atividades programadas e a distribuição da carga horária. As oficinas da Planificação da APS

no estado do RS estão expostas no quadro a seguir, contemplando as temáticas previstas pelo CONASS:

Quadro 2. Temáticas das Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde no Rio Grande do Sul

Oficina	Temática
I	Redes de Atenção à Saúde;
II	Atenção Primária à Saúde;
III	Território e Vigilância em Saúde;
IV	Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde;
V	Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde;
VI	Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: criação da autora, 2017.

Para avaliar o processo piloto de Planificação no RS, foi elaborado pela CEAB um roteiro de avaliação, que apesar de preliminar, pôde contribuir com a análise do processo. No entanto, não há instrumentos validados na literatura para esse fim, sendo a proposta deste estudo para a avaliação do processo de Planificação da APS em outros municípios e estados.

2.4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

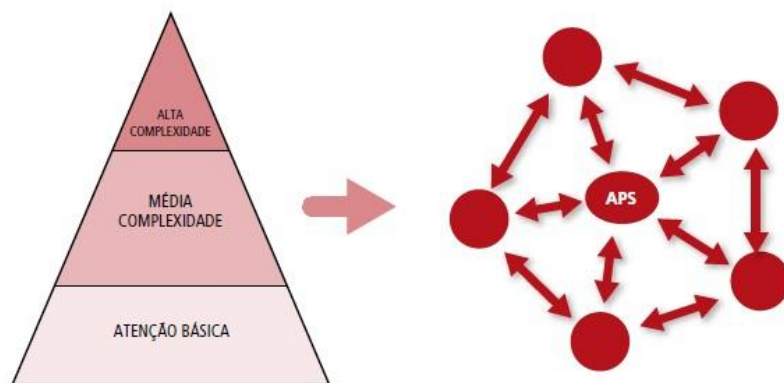
A consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para a organização do sistema de saúde. A RAS é definida pela Portaria Nº4279/10 como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e econômica³⁶.

A RAS é caracterizada pela relação horizontal entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde. Possui centralidade nas necessidades em saúde de uma população, na responsabilização e atenção contínua e integral, no cuidado multiprofissional e no compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos³⁶.

A concepção hierárquica e piramidal das complexidades de cada nível de atenção (atenção básica, média complexidade e alta complexidade) deve ser

substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, apesar das diferenças nas densidades tecnológicas, organizam-se em redes policêntricas horizontais⁵, conforme a Figura 1.

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES (2011).

A operacionalização das RAS se dá pela interação de três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Já a estrutura das RAS compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e o sistema de governança da RAS³⁶.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde alerta os países-membros para o desafio de uma situação de saúde de transição demográfica acelerada e de uma situação epidemiológica que acumula as doenças infecciosas e parasitárias, os problemas de saúde materno-infantis, as causas externas e as condições crônicas, com a predominância relativa dessas últimas. Tal situação reflete um desencontro entre as condições crônicas de saúde da população e as práticas assistenciais voltadas apenas às condições agudas e aos problemas decorrentes da agudização de condições crônicas, caracterizando os sistemas de saúde fragmentados³⁹.

Essa fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os

níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população⁴⁰.

O desafio de construir novos modelos de atenção à saúde que materializassem as transformações da situação de saúde da população levou muitos municípios brasileiros a questionar a forma de organização dos serviços de saúde, seus processos de trabalho e a tentativa de desenvolver inovações que superassem os problemas identificados. A perspectiva de maior resolução e articulação a partir da organização das ações e serviços tem levado à reflexão de novas estratégias de modelagem da Rede de Atenção à Saúde⁴¹.

O desenvolvimento da RAS tem se firmado como estratégia para a organização e a reestruturação do sistema de saúde, resultando em qualidade e impacto na produção dos serviços prestados à população. Porém a integração dos serviços de saúde depende da qualidade dos processos de coordenação do cuidado e estes, por sua vez, dependem da eficácia da comunicação entre as pessoas no interior do sistema³³.

Um estudo demonstrou que os municípios pesquisados enfrentam dificuldades de coordenação entre os níveis de atenção, nos quais os mecanismos de referência e contrarreferência funcionam precariamente e raramente as informações dos usuários encaminhados retornam para a Unidade de Saúde da Família⁴². Essa desarticulação da rede e a inexistência ou desconhecimento dos pontos de atenção disponíveis, além de comprometer a resolutividade da atenção básica e o acesso da população aos serviços, ainda desgastam os profissionais que procuram contornar os problemas de um sistema de saúde fragmentado⁴²⁻⁴³.

Os diferentes pontos de atenção secundária e terciária nos sistemas fragmentados atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem a coordenação da atenção primária à saúde. As evidências demonstram que os especialistas da média complexidade, no modelo de RAS, fornecem o suporte para as ações da equipe de APS. Já os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio⁵.

Neste sentido, a estruturação de redes de referência especializada a partir da atenção básica, tendo por princípio a hierarquização do sistema de saúde, constitui um aspecto central para organização do SUS. Há de se conhecer melhor a oferta e demanda dos serviços de saúde locais, na perspectiva de subsidiar a formulação de políticas públicas⁴³.

A revolução nos sistemas de atenção à saúde será possível quando o cerne da discussão se deslocar dos prestadores de serviços para o valor gerado para as pessoas usuárias do sistema de atenção à saúde⁴⁴. Desse modo, a implementação da RAS busca superar a fragmentação do sistema, apontando a necessidade de maior eficiência na atenção e melhoria na gestão para a efetivação de um sistema integrado em redes.

3 MÉTODO

Tratou-se de um Estudo Metodológico, para construção e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. O Estudo Metodológico se refere às investigações dos métodos para obtenção, organização de dados e condução de pesquisas que tratam do desenvolvimento, validação e avaliação de ferramentas, como os instrumentos. 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 pesquisadores⁴⁵⁻⁴⁷.

Para a validação deste estudo foi utilizada a Técnica Delphi, que consiste no julgamento do instrumento por especialistas com vasta experiência no assunto em questão. Essa técnica consiste na aplicação sucessiva de questionários a um grupo de especialistas ao longo de rodadas, visando à averiguação de tendências sobre o objeto em estudo. Permite, assim, uma coleta de dados mais rica, com a possibilidade de uma compreensão profunda de questões complexas que requerem o conhecimento de pessoas sobre diferentes questões⁴⁸⁻⁴⁹.

Para a construção e validação do instrumento, as etapas foram:

3.1 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

A primeira versão do instrumento (APÊNDICE 1) para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde foi construída pelas pesquisadoras com base documentos disponibilizados pelo CONASS (manuais técnicos, diretrizes), nas cartilhas de cada uma das oficinas do processo de Planificação, no instrumento preliminar de avaliação das oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde (ANEXO 1), elaborado pela Coordenação Estadual da Atenção Básica - SES/RS, bem como na experiência das pesquisadoras.

Após as leituras foram formuladas as questões em 43 itens, de acordo com a inter-relação estrutura, processo e resultado, proposta por Donabedian (1988) para a avaliação em saúde¹⁸. Assim, o instrumento foi composto por três blocos: estrutura, conteúdo (processo) e aplicabilidade operacional (resultado). A “estrutura”

corresponde aos recursos existentes para a execução das oficinas, como: instalações físicas, organização, carga horária, metodologia, recursos humanos; o "conteúdo" se refere aos assuntos e temáticas abordados em cada uma das oficinas e a "aplicabilidade operacional" corresponde aos objetivos gerais e a aplicação prática do que foi abordado no processo de Planificação da APS.

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 e "muito satisfeito" (5), "satisfeito" (4), "indiferente" (3), "insatisfeito" (2) e "muito insatisfeito" (1) para as questões que avaliavam grau de satisfação. Esse tipo de escala busca verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem uma posição favorável ou desfavorável em relação a um objeto⁵⁰. Os itens para essa escala foram embasados em referenciais bibliográficos e na experiência das pesquisadoras.

Tendo em vista que o instrumento era autoaplicável e individual, a escolha do formulário eletrônico se deu por ser uma ferramenta facilitadora para a coleta de dados, além de permitir a aplicação do mesmo em pessoas geograficamente distantes. As plataformas eletrônicas possuem boa aceitação pelos participantes da Técnica Delphi e também contempla os aspectos éticos exigidos pela legislação⁵¹.

3.2 TESTE PILOTO

Após a construção do primeiro modelo do instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária, o formulário foi enviado para profissionais selecionados por conveniência, a fim de realizarem um teste piloto objetivando 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 email juntamente com o link do formulário para cinco profissionais, sendo dois representantes da gestão estadual, dois representantes de universidades e um representante da assistência da Atenção Primária. No teste piloto não foi utilizada a metodologia da Técnica Delphi.

Três profissionais responderam ao instrumento no teste piloto, sendo dois profissionais da gestão e um profissional da assistência em Atenção Primária. Os dois representantes das universidades não retornaram ao convite para o teste piloto.

Aos três participantes primeiramente foi solicitado que avaliassem cada item do instrumento separadamente, considerando os conceitos de clareza e pertinência/representatividade. Na segunda etapa, foi solicitado que avaliassem os blocos do instrumento, a fim de verificarem se a estrutura e o conteúdo de cada bloco estavam adequados e se os conteúdos estavam representativos e apropriados à temática, considerando o conceito de abrangência.

Quanto aos itens, não foram realizadas sugestões para inclusões e 35 itens (81%) foram reestruturados quanto à forma e/ou a pontuação da escala Likert por sugestões do grupo participante do teste piloto, de acordo com o grau de concordância (> 90% com opinião a favor da modificação). Um item (2%) teve sua escrita totalmente reelaborada e um item (2%) foi excluído após ser unificado com outro. Desta maneira, o instrumento totalizou 42 itens para a fase de validação de conteúdo.

Não foram apontadas dificuldades e nem realizadas sugestões quanto ao layout do instrumento, sendo o formulário eletrônico mantido para a coleta de dados junto aos especialistas selecionados. Também não foram realizadas sugestões quanto às instruções, título ou escore do instrumento. Dessa maneira, a primeira versão do instrumento pôde ser submetida para a coleta de dados na validação de conteúdo.

3.3 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

A avaliação de conteúdo é essencial para o processo de desenvolvimento de novos instrumentos de medidas, pois representa o início da estruturação para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis⁵². A validade de conteúdo consiste em verificar se o instrumento constitui uma amostra representativa de um universo finito de domínios⁵³. Dois requisitos devem ser observados no desenvolvimento de instrumentos: a validade e a confiabilidade, pois a apropriação desses processos possibilita a construção de instrumentos confiáveis, precisos e apropriados a cada tipo de pesquisa³⁰.

Após o teste piloto, a primeira versão do instrumento (APÊNDICE 1) foi submetida aos especialistas selecionados para validação de conteúdo. Nesta fase, realizou-se a busca de consenso por meio de delineamento da técnica Delphi, para

que o comitê de especialistas alcance uma opinião consensual em relação ao conjunto de itens⁴⁸⁻⁴⁹.

A população de pesquisa foi composta por um grupo de especialistas, formado por profissionais da área da saúde com experiência na área de APS e/ou Planificação, de diferentes estados do Brasil e escolhidos por conveniência após análise do Currículo Lattes. O comitê de especialistas esperado era de 14 pessoas, não sendo convidados os mesmos profissionais que realizaram o teste piloto. O número recomendado de especialistas para avaliação de conteúdo deve ser um comitê composto por cinco a dez pessoas na área do instrumento de medida^{30,46}.

Os critérios observados para a seleção dos participantes foram: ser profissional da área da saúde; ter experiência com APS e/ou com o Processo de Planificação; estar atuando em seu serviço; ser docente que produza conhecimento na área da APS ou Redes de Atenção; ser profissional da gestão estadual e/ou municipal do SUS, da Atenção Básica e/ou Atenção Especializada ou ser servidor/consultor do CONASS e que aceitasse participar do processo de validação de conteúdo. Além disso, foi observado no Currículo Lattes a expertise (formação, experiência profissional, produção de conhecimento) na área da APS e/ou Planificação e, se possível, titulação (especialização/ mestrado/ doutorado) nas áreas de APS, Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Gestão em Saúde. Os critérios de seleção de experts devem ser direcionados aos objetivos do estudo, respeitando os requisitos necessários. A investigação da experiência, do conhecimento e da habilidade foi um passo fundamental para garantir a confiabilidade dos resultados da pesquisa⁵⁴.

Após a seleção dos especialistas, foram enviados convites através de email juntamente com uma breve apresentação do projeto, o cronograma das rodadas Delphi, as instruções específicas e o link do formulário eletrônico para a validação de conteúdo do instrumento proposto. O formulário autoaplicável, individual e sem identificação nominal dos participantes foi disponibilizado ao comitê de especialistas por meio da ferramenta Google Forms, a fim de julgar seu conteúdo. O formulário possuía, em sua primeira seção, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para anuência da pesquisa e esclarecimentos em relação aos seus aspectos éticos e metodológicos.

Foram realizadas duas rodadas individuais e anônimas do Delphi, entre dezembro de 2017 e março de 2018, para alcançar o consenso dos itens do

instrumento. Cada rodada teve o prazo de 15 dias para preenchimento após o envio aos especialistas com limite de uma semana a mais para o retorno dos mesmos. As pesquisadoras tiveram o prazo de 30 dias para o envio da segunda versão do instrumento aos especialistas e início da próxima rodada. Os prazos de ambas as rodadas foram estendidos, tendo em vista alcançar um número de participantes considerável para compor o comitê de validação.

Os especialistas receberam instruções específicas sobre a validação, nas quais foram orientados a avaliar o instrumento em dois estágios distintos, por meio de roteiros eletrônicos de avaliação de conteúdo (ANEXO 2 e 3) elaborados com base nos modelos de Coluci et al (2015)⁵². Na primeira rodada, os especialistas avaliaram cada um dos blocos e dos itens do instrumento, determinando a abrangência desses. Ou seja, avaliaram se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas. Também verificaram se o conteúdo era apropriado aos respondentes, se a estrutura e o conteúdo eram adequados e se o conteúdo era representativo⁵². Somente nesta primeira rodada foi possível sugerir inclusão e/ou eliminação de itens de maneira aberta, além dos comentários e sugestões sobre os mesmos. Desse modo, foram realizadas as adequações de acordo com a avaliação do comitê de especialistas, originando a segunda versão do instrumento (APÊNDICE 2).

A segunda versão do instrumento foi enviada para validação, contemplando as sugestões e alterações realizadas anteriormente. Essa rodada possibilitou que cada um manifestasse sua opinião em relação aos itens do instrumento, incluindo os modificados, sendo esperado o consenso em torno das questões e a estabilidade das respostas. Na segunda rodada, os especialistas avaliaram cada item individualmente, realizando comentários e sugestões sobre os mesmos. Além disso, realizaram uma avaliação com relação ao formato, título e escores do instrumento, considerando a clareza e/ou pertinência de cada aspecto. Com relação à clareza, avaliaram a redação dos itens, se eram compreensíveis e se expressavam adequadamente o que se espera medir. Quanto à pertinência ou representatividade, verificaram se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, se eram relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos⁵². Após as duas rodadas de validação de conteúdo, uma terceira versão do instrumento foi elaborada, dando origem à versão final validada, que será apresentada no capítulo “Produto” (4.4).

3.3.1 GRAU DE CONCORDÂNCIA

Após cada uma das rodadas de avaliação individual foi realizada a análise das respostas de todos os itens do instrumento no Microsoft Excel®, a fim de se verificar o grau de concordância entre os especialistas, a partir de dois métodos empregados. O grau de concordância foi verificado na primeira rodada por meio da Taxa de Concordância, que calcula o percentual de concordância entre os especialistas durante o processo de validação de conteúdo, verificando as sugestões para manter ou modificar cada item no instrumento. A fórmula utilizada encontra-se a seguir:

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{número de participantes que concordaram}}{\text{número total de participantes}} \times 100$$

Nessa rodada foi considerada uma taxa aceitável de 90% de concordância entre os especialistas, significando que os domínios estavam adequados (Hulley et al, 2003)⁵⁵. Já para a concordância abaixo desse percentual, os itens foram reelaborados ou reescritos.

Na segunda rodada, o grau de concordância foi verificado por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), que mede a proporção de especialistas que estão em concordância em relação aos itens e os aspectos gerais do instrumento, de forma quantitativa. O IVC de cada item, de cada bloco e do instrumento foi calculado a partir de uma escala tipo Likert de quatro posições. Para avaliar a relevância/representatividade do item, os juízes poderiam escolher entre: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo ou 4 = item relevante ou representativo. A abrangência, a clareza e a pertinência foram avaliadas com o mesmo tipo de escala: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro. Assim, o cálculo foi realizado a partir do somatório das respostas “3” e “4” de cada especialista em cada um dos itens e dividido pelo número total de respostas³⁰. A fórmula utilizada foi:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

Os itens com pontuação “1” ou “2” seriam revistos ou eliminados. Nessa rodada foi considerada uma taxa de concordância aceitável superior a 0,7840

(Alexandre e Coluci, 2011)³⁰. Desse modo, foram considerados validados os itens que obtiveram no mínimo IVC de 0,78. Mediante os resultados obtidos com a aplicação desses métodos, o processo de validação de conteúdo foi finalizado, dando origem à terceira versão do instrumento, considerada a versão final validada (4.4).

O quadro abaixo sintetiza as etapas do estudo de validação de conteúdo, de acordo com a técnica Delphi:

Quadro 3. Etapas do estudo de validação de conteúdo de acordo com a técnica Delphi

Etapas	Processo	Resultado
1ª etapa: Construção do instrumento e teste piloto	Elaborado a partir dos documentos disponibilizados pelo CONASS, das cartilhas de cada uma das oficinas, do instrumento preliminar de avaliação elaborado pela CEAB/SES/RS e da experiência das pesquisadoras.	Primeira versão do instrumento.
2ª etapa: Submissão da primeira versão aos especialistas	Julgamento dos especialistas quanto à abrangência, clareza e pertinência. Análise por meio da Taxa de Concordância.	Segunda versão do instrumento.
3ª etapa: Submissão da segunda versão aos especialistas	Julgamento dos especialistas quanto à clareza, pertinência e abrangência, após a modificação dos itens na etapa anterior. Análise por meio do Índice de Validade de Conteúdo.	Terceira versão do instrumento - versão final validada (4.4).

Fonte: criação da autora, 2017.

Desse modo, o instrumento reformulado de acordo com as recomendações e validado será apresentado como proposta para utilização da Secretaria Estadual da Saúde/RS como um dos meios para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu os aspectos legais estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁵⁶ e a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), certificado por meio do parecer N° 75118417.7.0000.5345 (ANEXO 4).

O contato com os participantes ocorreu por correio eletrônico, em cópia oculta, com o envio de um convite apresentando os objetivos e explicitando a pesquisa. Aos especialistas foi solicitada a participação e informado que, caso aceitassem participar, seriam submetidos à apreciação de um questionário voltado à validação de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Aos participantes do estudo foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 5) com descrição do objetivo, sigilo, anonimato e liberdade para desistir do estudo, a partir de um consentimento eletrônico contido na primeira seção do instrumento de validação de conteúdo, via Google Forms, sem a possibilidade de contato entre os participantes e sem a necessidade de identificação dos mesmos. O participante obrigatoriamente realizou a escolha de concordância ou não com o conteúdo, sendo uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário. O Termo de Consentimento foi armazenado na plataforma eletrônica.

O estudo implicou riscos mínimos aos participantes decorrentes do constrangimento em qualquer uma das etapas da coleta de dados. As pesquisadoras se comprometeram em preservar as informações garantindo sigilo e anonimato.

Foi encaminhado um Termo de Anuência (ANEXO 6) para a Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul juntamente com a apresentação da proposta do estudo. Para a utilização do instrumento preliminar de avaliação da Planificação, foi encaminhado um Termo de Autorização (ANEXO 7) para a Coordenação Estadual da Atenção Básica/SES/RS. Ao final do estudo, foi elaborado um artigo científico para divulgação dos resultados obtidos, sem prejuízos para os profissionais e instituições.

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS ESPECIALISTAS

Foram selecionados para compor o comitê de especialistas 14 profissionais, sendo: sete docentes de universidades de diversos estados do país, dois servidores/consultores do CONASS, três profissionais da gestão estadual, um profissional da gestão municipal e um profissional da assistência em Atenção Primária. Desses, na primeira rodada seis especialistas responderam ao instrumento, um não aceitou participar, um confirmou participação apenas na primeira rodada e seis não retornaram ao convite. Já na segunda rodada, foram enviados convites aos mesmos profissionais da primeira rodada, acrescidos de convite para mais três docentes. Nessa rodada cinco especialistas responderam ao instrumento e os demais não retornaram ao convite. Tais especialistas compuseram o comitê para validação de conteúdo do instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Na primeira rodada, do total de especialistas, a maioria eram mulheres (66,7%) com faixa etária predominante de 30 a 39 anos de idade (50%). A maioria do grupo possuía 5 a 9 anos de formação (50%). A categoria profissional que mais apareceu foi psicologia (33,3%). Do total de participantes, a maioria possuía especialização na área da saúde (50%). Com relação às categorias profissionais, as maiorias foram representantes da gestão estadual/ municipal (33,3%) e docentes (33,3%). Dos participantes, a maioria (83,3%) referiu experiência com Planificação da Atenção Primária ou Planificação da Atenção à Saúde.

Na segunda rodada, a maioria dos participantes também foram mulheres (80%), com faixas etárias predominantes de 30 a 39 anos (40%) e 40 a 49 anos (40%). A maioria do grupo possuía tempo de formação de 10 a 19 anos (60%). Com relação às categorias profissionais, a mais predominante foi enfermagem (40%). Dos participantes desta rodada, a maioria possuía doutorado (60%). O campo de atuação predominante foi docente (60%). A maioria (60%) referiu experiência com Planificação da Atenção Primária ou Planificação da Atenção à Saúde. A Tabela 1 apresenta detalhadamente o perfil dos especialistas participantes da primeira e segunda rodada.

Tabela 1 - Perfil do comitê de especialistas da validação de conteúdo do Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.

Características	Primeira rodada (n = 6)		Segunda rodada (n = 5)	
	n	(%)	n	(%)
Sexo				
Feminino	4	66,7%	4	80%
Masculino	2	33,3%	1	20%
Faixa etária (anos)				
20-29	1	16,6%	1	20%
30-39	3	50%	2	40%
40-49	1	16,7%	2	40%
50-59	1	16,7%	-	-
Tempo de formação (anos)				
5-9	3	50%	2	40%
10-19	2	33,3%	3	60%
30-39	1	16,7%	-	-
Categoria profissional				
Psicólogo	2	33,3%	1	20%
Cirurgião dentista	1	16,7%	-	-
Enfermeiro	1	16,7%	2	40%
Fisioterapeuta	1	16,7%	1	20%
Sanitarista	1	16,6%	1	20%
Titulação				
Doutorado	2	33,3%	3	60%
Mestrado	1	16,7%	1	20%
Especialização	3	50%	1	20%
Campo de atuação				
Docente	2	33,3%	3	60%
Gestão	2	33,3%	2	40%
Atenção Básica	1	16,7%	-	-
Atenção Especializada	1	16,7%	-	-
Experiência com Planificação				
Sim	5	83,3%	3	60%
Não	1	16,7%	2	40%

Fonte: criação da autora, 2018.

4.2 PRIMEIRA RODADA

Primeiramente foi solicitado que os especialistas avaliassem separadamente cada um dos 42 itens da primeira versão do instrumento (APÊNDICE 3), considerando os conceitos de clareza e representatividade/ relevância. Após, foi solicitado que avaliassem os blocos do instrumento, a fim de verificarem se a estrutura e o conteúdo de cada bloco estavam adequados e se os conteúdos

estavam representativos e apropriados a temática, considerando o conceito de abrangência.

Nesta rodada, não foram realizadas sugestões para inclusões de novos itens, entretanto, por sugestões do comitê de especialistas, 25 itens (59,5%) foram mantidos conforme a primeira versão, seis itens (14,3%) foram reestruturados quanto à escrita e 11 itens (26,2%) foram totalmente reescritos quanto à forma e/ou a pontuação da escala Likert. Foi utilizada nessa rodada a Taxa de Concordância entre os especialistas para verificar o consenso, com concordância de 90% para considerar os domínios adequados.

O Bloco 1, relacionado à estrutura das oficinas de Planificação, era composto de nove itens. Desses, em relação à clareza, sete itens atingiram 100% de concordância e dois tiveram concordância abaixo dos 90% de concordância esperados para a rodada, com alto grau de consenso (83,3%). Com relação à representatividade, sete itens também atingiram 100% de concordância e dois tiveram concordância abaixo dos 90% esperados (83,3%). Os itens que não atingiram a concordância de 90% foram reelaborados para a segunda rodada, de acordo com as sugestões dos especialistas.

O Bloco 2, relacionado ao conteúdo das oficinas, era composto de 26 itens. Em relação à clareza, 17 atingiram 100% de concordância e nove tiveram menos de 90% de concordância, sendo um com alto grau (83,3%), seis com grau intermediário (50%) e dois com baixo grau de consenso (33,3%). Com relação à representatividade, 17 atingiram 100% de concordância e nove tiveram menos de 90% de concordância, porém com alto grau de consenso (83,3%). Assim, os itens que não atingiram a concordância esperada (90%) foram reescritos e reformulados para a segunda rodada, conforme as sugestões dos especialistas.

Já o Bloco 3, relacionado a aplicabilidade operacional dos assuntos abordados, era composto de sete itens. Desses, em relação à clareza, quatro atingiram 100% de concordância e três tiveram menos de 90% de concordância, apesar do alto grau de consenso (83,3%). Quanto à representatividade, cinco atingiram 100% de concordância e dois tiveram menos de 90% de concordância, sendo um com alto grau (83,3%) e um com grau intermediário (66,6%) de consenso. Os itens que não atingiram a concordância de 90% foram reelaborados de acordo com as sugestões dos especialistas para a segunda rodada.

Com relação à abrangência dos blocos, ou seja, se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens, o bloco 1 teve 100% de concordância. Já os blocos 2 e 3 tiveram menos de 90% de concordância (83,3%), podendo ser considerado um alto grau de consenso. Entretanto, os três blocos atingiram 100% de consenso quando perguntados se os itens deveriam permanecer em seus respectivos blocos, sendo assim mantidos.

Assim, o instrumento apresentou na primeira rodada, quanto à clareza, taxa de concordância de **87%** entre os itens, variando nos blocos de 33,3% a 100%. Isso demonstra que o instrumento não atingiu a concordância esperada (>90%) para o critério clareza na primeira rodada, ou seja, a redação dos itens não estava compreensível aos especialistas. Desse modo, fizeram-se necessárias adequações na redação dos itens para melhorar a compreensão e a clareza dos mesmos. Quanto à representatividade, o instrumento apresentou taxa de concordância de **94%** entre os itens, variando de 66,6% a 100%, o que demonstra que os itens refletiam os conceitos envolvidos e eram relevantes para atingir os objetivos propostos, alcançando a concordância esperada (>90%).

4.3 SEGUNDA RODADA

A segunda versão do instrumento (APÊNDICE 4), elaborado para a segunda rodada de validação de conteúdo, após as sugestões do comitê de especialistas foi constituído dos mesmos 42 itens, divididos nos três blocos: estrutura, conteúdo e aplicabilidade. Entretanto, seguindo o roteiro (Coluci et al, 2015) para validação da segunda rodada foram acrescentados quatro itens para avaliação de conteúdo do instrumento em geral, sendo: título, formato/ layout e escores do instrumento, considerando os conceitos de clareza e representatividade/ relevância, além de três itens para avaliação de cada um dos blocos, considerando a abrangência e um item para avaliação da abrangência do instrumento como um todo. Assim, os especialistas deveriam avaliar 50 itens, sendo os 42 itens da validação de conteúdo mais oito itens do instrumento em geral.

Nesta rodada foi solicitado que os especialistas avaliassem os aspectos gerais do instrumento e cada item separadamente, de acordo com os conceitos de clareza e representatividade ou relevância, avaliando a redação dos itens, ou seja, se foram redigidos de maneira compreensível e se expressavam adequadamente o

que se espera medir. Também deveriam verificar se os itens realmente refletiam os conceitos envolvidos, se eram relevantes e adequados para atingir os objetivos propostos. Em seguida, foi solicitado que avaliassem cada um dos blocos e o instrumento como um todo, de acordo com sua abrangência, verificando se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.

Não foram realizadas sugestões para inclusões ou exclusões de itens, sendo mantidos todos os 42 itens dos três blocos na versão final do instrumento. Entretanto, por sugestões do comitê de especialistas, 40 itens (95,2%) foram mantidos conforme a segunda versão e dois itens (4,8%) foram reestruturados quanto à escrita. Além disso, dois itens foram realocados para outro bloco do instrumento, conforme sugestões dos especialistas. Nessa rodada foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo para verificar o grau de concordância dos especialistas. O consenso esperado para os itens serem validados era $IVC > 0,78$.

O Bloco 1 (estrutura) composto por nove itens, alcançou IVC 1,00 em oito itens, ou seja, 100% de concordância e IVC 0,80 em um item, com relação à clareza. Esse item que obteve 0,80 foi reestruturado para a versão final de acordo com as sugestões dos especialistas, apesar de ter atingido o mínimo de concordância esperado ($>0,78$). Já com relação à representatividade e relevância, todos os nove itens alcançaram IVC 1,00. Foram realocados dois itens do Bloco 3 para este bloco, conforme sugestões dos especialistas, totalizando assim, 11 itens.

O Bloco 2 (conteúdo), composto por 26 itens, teve todos os seus itens com IVC de 1,00 tanto em relação à clareza quanto em relação à representatividade e relevância. Isso demonstra que os itens deste bloco atingiram estabilidade quanto ao consenso dos especialistas. Este bloco manteve o mesmo número de itens para a versão final.

O Bloco 3 (aplicabilidade), composto por sete itens, alcançou IVC 1,00 em seis itens e IVC 0,80 em um item relativo à clareza. Esse item que obteve 0,80 foi reestruturado para a versão final de acordo com as sugestões, apesar de ter atingido a concordância esperada ($>0,78$). Quanto à representatividade e relevância, seis itens alcançaram IVC 1,00 e um item alcançou IVC 0,80, também reestruturado para a versão final. Além disso, foi sugerida pelos especialistas uma alteração neste bloco, visto que nem todos os itens se tratavam apenas de aplicabilidade

operacional da Planificação. Assim, dois itens que tratavam da participação foram realocados para outro bloco e o Bloco 3 totalizou cinco itens.

Com relação à abrangência dos blocos e do instrumento em geral, todos obtiveram IVC 1,00 o que sugere que os blocos foram adequadamente representados pelo conjunto de itens. Também houve IVC 1,00 quando solicitado se os itens deveriam permanecer em seus respectivos blocos. Entretanto, apesar do consenso obtido, após análise das autoras conforme sugestão realizada por um especialista, dois itens do Bloco 3 (aplicabilidade) que tratavam da participação de gestores e trabalhadores na Planificação foram realocados para o Bloco 1 (estrutura) (itens 3.2 e 3.3) sem alteração na forma ou escrita desses itens.

Quanto à avaliação do título, apesar do IVC 0,80 ($>0,78$), foi apontada a necessidade de um preâmbulo, visto que o título sugerido teria clareza apenas ao público-alvo e não ao público em geral. Assim, um preâmbulo foi elaborado pelas autoras para conferir clareza às instruções do instrumento. Em relação ao formato (layout) do instrumento, obteve IVC 1,00 e não foram realizadas sugestões, sendo mantido o formato eletrônico e a mesma apresentação dos itens. Em relação aos escores do instrumento, quanto à clareza e representatividade, alcançou IVC 1,00, sendo mantidos conforme a segunda versão.

Portanto, a maioria dos itens permaneceu de acordo com a segunda versão do instrumento. Apenas dois itens (1.7 e 3.4), que atingiram IVC menor que 1,00 foram reestruturados quanto à escrita e dois itens (3.2 e 3.3) foram realocados entre os blocos, demonstrando uma estabilidade do instrumento. Assim, na segunda rodada, o instrumento alcançou IVC **0,95** quanto à clareza e **0,97** quanto à representatividade. Isso resultou em um IVC total do instrumento de **0,96**, resultado satisfatório que supera os 0,78 esperados e caracteriza a validação do seu conteúdo.

A Tabela 2 apresenta o grau de concordância em relação à clareza e à representatividade dos itens, dos blocos e do instrumento em geral, relativos às duas rodadas da Técnica Delphi para validação de conteúdo, nas quais os cálculos foram realizados por meio da Taxa de Concordância e do Índice de Validade de Conteúdo.

Tabela 2 - Concordância das rodadas da Técnica Delphi para validação de conteúdo. Taxa de Concordância (%) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.

Concordância		Primeira rodada – Taxa Concordância (%)		Segunda rodada - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
Item	Questão	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
Itens do Bloco 1 - Estrutura					
1.1	Qual a sua satisfação geral com relação às Oficinas de Planificação da APS?	100	83,3	1,00	1,00
1.2	Como você avalia a organização/logística das oficinas de Planificação da APS (local de realização, estrutura das salas, programação, pontualidade)?	100	100	1,00	1,00
1.3	Como você avalia o material didático utilizado nas seis oficinas de Planificação da APS?	100	100	1,00	1,00
1.4	Como você avalia as metodologias adotadas para as seis oficinas de Planificação da APS (leituras individuais e em grupos, trabalhos/dinâmicas em grupo, exposições dialogadas)?	83,3	100	1,00	1,00
1.5	Como você avalia a carga-horária e a quantidade de dias das oficinas de Planificação da APS?	100	100	1,00	1,00
1.6	Como você avalia o número de oficinas (seis)?	83,3	100	1,00	1,00
1.7	Como você avalia as tarefas de dispersão, como por exemplo, a aplicabilidade de instrumentos no território?	100	100	0,80	1,00
1.8	Como você avalia o desempenho dos facilitadores (mediador, instigador, dinâmico, ético) nas oficinas de Planificação da APS?	100	83,3	1,00	1,00
1.9	Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?	100	100	1,00	1,00
Itens do Bloco 2 - Conteúdo					
2.1	Qual seu grau de satisfação em relação ao conteúdo das oficinas de Planificação da APS?	100	100	1,00	1,00
2.2	Como você avalia a sua compreensão dos objetivos de cada uma das oficinas?	100	83,3	1,00	1,00
2.3	Classifique em ordem de importância os assuntos abordados durante as OFICINAS de Planificação, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 10 para a que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:	33,3	83,3	1,00	1,00
2.4	Classifique em ordem de importância as atividades de DISPERSÃO, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 10 para a que MAIS contribuiu para a qualificação do seu processo de trabalho e da sua equipe:	33,3	83,3	1,00	1,00
2.5	Qual assunto você acha que NÃO precisaria ter sido abordado:	83,3	100	1,00	1,00
Oficina I (Redes de Atenção à Saúde)					
2.6	Como você avalia a sua compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção após a conclusão da Oficina I de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.7	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina I, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.8	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina I em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00

(continua)

(continuação)

Concordância		Primeira rodada – Taxa Concordância (%)		Segunda rodada - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
Item	Questão	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
Oficina II (Atenção Primária à Saúde)					
2.9	Como você avalia a sua compreensão sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde, a partir da situação de saúde no município após a conclusão da oficina II de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.10	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina II, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.11	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina II em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00
Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde)					
2.12	Como você avalia a sua compreensão sobre a integração da Atenção Primária com a Vigilância no território após a conclusão da oficina III de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.13	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina III, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.14	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina III em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00
Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde)					
2.15	Como você avalia a sua compreensão sobre a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas no seu processo de trabalho na Atenção Primária após a conclusão da oficina IV de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.16	Como você avalia a sua capacidade de organizar a atenção aos eventos agudos (acolhimento com classificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.17	Como você avalia a sua capacidade de organizar a atenção às condições crônicas (demanda programada e estratificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.18	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina IV, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.19	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina IV em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00
Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico)					
2.20	Como você avalia a sua compreensão sobre a organização e integração da assistência farmacêutica na Atenção Primária após a conclusão da oficina V de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.21	Como você avalia a sua compreensão sobre o Sistema de Apoio Diagnóstico da RAS apresentado na Oficina V?	100	100	1,00	1,00
2.22	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina V, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.23	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina V em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00

(continua)

(continuação)

Concordância		Primeira rodada – Taxa Concordância (%)		Segunda rodada - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
Item	Questão	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde)					
2.24	Como você avalia a sua compreensão sobre o monitoramento e avaliação para a melhoria das ações e dos serviços da Atenção Primária à Saúde após a conclusão da oficina VI de Planificação?	100	100	1,00	1,00
2.25	Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina VI, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:	50	100	1,00	1,00
2.26	Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina VI em seu processo de trabalho?	100	83,3	1,00	1,00
Itens do Bloco 3 - Aplicabilidade					
3.1	Como você avalia a SUA participação nas Oficinas de Planificação da APS?	83,3	66,6	1,00	1,00
3.2	Como você avalia a participação dos GESTORES do seu município nas Oficinas e nas Atividades de Dispersão da Planificação da APS?	83,3	100	1,00	1,00
3.3	Como você avalia a participação dos demais PROFISSIONAIS DE SAÚDE do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?	83,3	100	1,00	1,00
3.4	Após a conclusão das oficinas de Planificação, como você avalia o alcance do objetivo geral da Planificação: “apoiar iniciativas de indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção”?	100	100	0,80	0,80
3.5	Qual o seu grau de satisfação com relação a qualificação do processo de trabalho da SUA EQUIPE ao final do processo de Planificação?	100	83,3	1,00	1,00
3.6	Como você avalia a SUA capacidade de colocar em prática os assuntos abordados durante o processo de Planificação da APS?	100	100	1,00	1,00
3.7	Como você avalia a capacidade de SUA EQUIPE em elaborar um plano de intervenção da APS, após as atividades de dispersão da Planificação?	100	100	1,00	1,00
Abrangência dos Blocos		Abrangência	Item permanece no bloco?	Abrangência	Item removido ou inserido?
BI 1	Estrutura	100	100	1,00	Não
BI 2	Conteúdo	83,3	100	1,00	Não
BI 3	Aplicabilidade	83,3	100	1,00	Não
Inst	Abrangência do instrumento	-	-	1,00	Não
Instrumento		Clareza		Representatividade	
Inst	Título	0,80		-	
Inst	Formato (layout)	1,00		-	
Inst	Classificação do escore	1,00		1,00	

(continua)

(conclusão)

Concordância final	Taxa de Concordância (%)		Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
Total dos blocos	87	94	0,95	0,97
IVC total do instrumento			0,96	

Fonte: criação da autora, 2018.

4.4 PRODUTO

Após as quatro etapas da Técnica Delphi para validação de conteúdo e o consenso obtido entre os participantes, a versão final do instrumento conta com 42 itens, divididos em três blocos: (1) Estrutura, com 11 itens, (2) Conteúdo, com 26 itens e (3) Aplicabilidade, com 5 itens. A versão final validada do instrumento segue abaixo:

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A **Planificação da Atenção Primária à Saúde** é uma das ações que compõem a **Planificação da Atenção à Saúde** e pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras municipais e trabalhadores das equipes de APS, para qualificar a organização da Rede de Atenção de acordo com os princípios do SUS. O Processo de Planificação da Atenção à Saúde consiste em três momentos principais: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, Tutorias da Atenção Primária à Saúde e Tutorias de organização da Atenção Ambulatorial Especializada. Essa ação é uma parceria do **Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS)** com a **Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS)**. Solicitamos que preencha o instrumento abaixo, com uma resposta para cada item. Sua avaliação é fundamental para a qualificação do Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no Estado!

Município:

Categoria Profissional:

Local de atuação (ESF, EAB, EACS, NASF, UPA, Gestão, outros):

BLOCO 1. ESTRUTURA

1.1 Qual a sua satisfação geral com relação a estrutura das Oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

1.2 Como você avalia a organização/logística das oficinas de Planificação da APS (local de realização, salas, programação, pontualidade)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.3 Como você avalia o material didático utilizado nas seis oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.4 Como você avalia as atividades adotadas durante as seis oficinas de Planificação da APS (leituras individuais e em grupos, trabalhos/dinâmicas em grupo, exposições dialogadas, vídeos)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.5 Como você avalia a carga-horária e a quantidade de dias das oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo Porquê? _____

1.6 Como você avalia a quantidade de oficinas realizadas (seis)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.7 Como você avalia as tarefas de dispersão quanto à facilidade e operacionalidade dos conteúdos das Oficinas na prática profissional?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.8 Como você avalia o desempenho do grupo de facilitadores quanto a mediação, dinâmica e ética nas oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.9 Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?

() Sim () Não () Quais? _____

1.10 Como você avalia a participação dos GESTORES (como os Secretários de Saúde) do seu município nas Oficinas da Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.11 Como você avalia a participação dos demais PROFISSIONAIS DE SAÚDE do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

BLOCO 2. CONTEÚDO

2.1 Qual o seu grau de satisfação em relação ao conteúdo das oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

2.2 Você considera que sua compreensão acerca dos objetivos de cada uma das oficinas foi:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.3 Classifique, em ordem de importância, os assuntos de cada OFICINA de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

() Oficina II - Atenção Primária à Saúde

() Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

() Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.4 Classifique, em ordem de importância, as atividades de DISPERSÃO de cada Oficina de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 6 para a que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

() Oficina II - Atenção Primária à Saúde

() Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

() Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.5 Dos assuntos abordados nas seis Oficinas, você acha que algum poderia ser suprimido? Qual?

() Redes de Atenção à Saúde

() Atenção Primária à Saúde

() Territorialização e Vigilância em Saúde

() Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

() Todos os itens precisam ser abordados

Por qual motivo você considera que o assunto poderia ser suprimido? _____

Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

2.6 Como você avalia a sua compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção após a conclusão da Oficina I de Planificação?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.7 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina I (Redes de Atenção à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

() Razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde

() Mudanças na situação de saúde no país

() Formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde

() Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde

☐ Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde

☐ Modelagem das Redes de Atenção à Saúde

2.8 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina I em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina II - Atenção Primária à Saúde

2.9 Como você avalia a sua compreensão sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde, a partir da situação de saúde no município após a conclusão da oficina II de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.10 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina II (Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Conceito e elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde

☐ A crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica

☐ Principais demandas da Atenção Primária à Saúde

☐ Proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde

☐ Principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.

2.11 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina II em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

2.12 Como você avalia a sua compreensão sobre a integração da Atenção Primária com a Vigilância no território após a conclusão da oficina III de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.13 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Conceito de território e territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde

☐ Conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes

☐ Ferramentas de análise situacional para planejamento, monitoramento e avaliação das ações

☐ Relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território

2.14 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina III em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

2.15 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas no seu processo de trabalho na Atenção Primária após a conclusão da oficina IV de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.16 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção aos eventos agudos (acolhimento com classificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.17 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção às condições crônicas (demanda programada e estratificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.18 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas

☐ Modelo de Atenção aos Eventos Agudos

☐ Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o Sistema Único de Saúde

☐ Organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento, classificação de risco)

☐ Organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação, agenda)

2.19 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina IV em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

2.20 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização e integração da assistência farmacêutica na Atenção Primária após a conclusão da oficina V de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.21 Como você avalia a sua compreensão sobre o Sistema de Apoio Diagnóstico da RAS apresentado na Oficina V?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.22 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde
- ☐ O papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico
- ☐ Estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Os sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde

2.23 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina V em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.24 Como você avalia a sua compreensão sobre o monitoramento e avaliação para a melhoria das ações e dos serviços da Atenção Primária à Saúde após a conclusão da oficina VI de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.25 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Fundamentos do monitoramento e avaliação
- ☐ Importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária
- ☐ Indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Plano para operacionalização das metas pactuadas

2.26 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina VI em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

BLOCO 3. APLICABILIDADE

3.1 Como você avalia a contribuição das Oficinas de Planificação da APS para a SUA qualificação profissional?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.2 Após a conclusão das oficinas de Planificação, como você avalia o alcance do objetivo geral da Planificação?

Objetivo geral: “Apoiar a indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizando ferramentas e estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes, bem como a integração entre os diversos pontos e níveis de atenção”.

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.3 Qual o seu grau de satisfação com relação a qualificação do processo de trabalho da SUA EQUIPE ao final do processo de Planificação?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

3.4 Como você avalia a SUA capacidade de colocar em prática os assuntos abordados durante o processo de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.5 Como você avalia a capacidade de SUA EQUIPE em elaborar um plano de intervenção da APS, após as atividades de dispersão da Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

5 DISCUSSÃO

A avaliação de serviços e programas de saúde vem ocupando espaços de relevância entre as ações de **planejamento e gestão**. Para integrar a avaliação em um sistema organizacional são necessários três requisitos: estrutura, práticas avaliativas e utilidade, visando à efetividade da gestão e da tomada de decisão. Desse modo, há um longo percurso até a institucionalização da avaliação, resultado de um trabalho colaborativo das instâncias para alcançar a autonomia dos recursos e o fortalecimento da capacidade avaliativa dos envolvidos^{16,57}.

Buscando consolidar a Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, torna-se relevante avaliar a operacionalização da atenção que vem sendo ofertada nas unidades de saúde. Um dos investimentos para a qualificação do processo de trabalho das equipes desse nível de atenção e para a estruturação dos sistemas de apoio e logístico é a **Planificação da Atenção à Saúde**. No entanto, a partir da inexistência de instrumentos para avaliar esse processo, acentua-se a importância do instrumento proposto para essa avaliação e da análise crítica dos itens por meio do comitê de especialistas. O julgamento coletivo de especialistas, quando organizado, é mais produtivo que o individual ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos^{51,58}.

O presente estudo objetivou construir e validar um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. A **construção e a validação de instrumentos** são processos que envolvem métodos precisos, que garantam indicadores confiáveis. A validação de conteúdo por especialistas constitui uma das etapas para a elaboração de instrumentos^{30,59}.

A análise dos dados permitiu uma reflexão crítica a partir das informações coletadas nas duas rodadas do estudo. A **Taxa de Concordância** do instrumento foi 87% para clareza e 94% para representatividade. Já o **IVC** foi 0,95 para clareza, 0,97 para representatividade e 0,96 para o total do instrumento. A utilização da Taxa de Concordância e do IVC foi observada em outros estudos^{51,59-62}. Em um estudo a taxa de concordância foi 80%, valor esperado para a validação do instrumento proposto⁵⁹. Outro estudo apresentou taxa de concordância para o instrumento de 86% e IVC de 0,93⁶¹. Já em outro estudo o IVC geral do instrumento de avaliação do desempenho da Atenção Primária à Saúde foi de 0,91⁶².

Com relação aos achados do estudo, inicialmente foi solicitado o preenchimento da caracterização dos especialistas em cada uma das rodadas, permitindo a análise do **perfil dos especialistas**. Em ambas as rodadas a maioria dos participantes foram mulheres, na faixa etária de 30 a 39 anos. É apontado na literatura que a alta porcentagem de mulheres participantes não compromete o processo de validação de questionários teóricos, uma vez que a desigualdade entre gêneros poderia comprometer a validação de questionários que considerem a diferença fisiológica entre homens e mulheres⁶³, o que não é o caso do presente estudo.

As categorias profissionais dos participantes das rodadas foram variadas, com predominância de psicólogos na primeira rodada e enfermeiros na segunda rodada. A amostra composta por diferentes categorias profissionais permite uma visão interdisciplinar sobre os sistemas de saúde e RAS. A metodologia deve possibilitar homogeneidade de opiniões entre as diversas categorias implicadas na investigação⁶⁴.

Quanto ao campo de atuação, a representação entre as rodadas também foi variada. Na primeira rodada do estudo houve predominância de gestores estaduais/municipais e na segunda rodada de representantes de docentes de universidades. Essa cooperação entre as esferas municipal e estadual delimita um complexo quadro de necessidades da gestão, refletido nas avaliações que lidam com formulação de políticas, operacionalização na gestão e na prática dos prestadores de serviços de saúde, permitindo identificar lógicas de interação social e indicadores específicos¹⁶.

Analisando o Instrumento de Avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde, com relação à **Estrutura**, correspondente ao Bloco 1 com nove itens, quatro itens apresentaram concordância entre os especialistas abaixo do esperado (<90%). Foram observadas dificuldades nas interpretações, principalmente relacionadas à redação dos itens, assim, os mesmos foram reestruturados ou reescritos. Essa reestruturação se deu principalmente na redação da instrução, a fim de se proporcionar uma melhor clareza e compreensão aos respondentes. De acordo com a literatura, o critério “clareza” deve ser inteligível para todos os estratos da população-alvo porque a compreensão das frases é mais importante do que a elegância artística das mesmas³¹.

Na última rodada, todos os nove itens relacionados à estrutura foram validados acima da concordância esperada (IVC >0,78). A literatura aponta a necessidade de valorizar os componentes de estrutura na avaliação dos serviços de saúde e discutir sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e com o alcance dos resultados, no que tange à saúde da população⁶⁵. Embora sejam complexas as redes causais que ligam a estrutura dos serviços de saúde aos seus efeitos, tais como as relações interpessoais entre profissionais e gestores e a organização do processo de trabalho, achados reiteram a necessidade de investimentos na dimensão estrutura (infraestrutura, recursos humanos e materiais) voltados às necessidades dos profissionais que atuam nas equipes⁶⁶.

Quanto a análise do **Conteúdo (processo)**, relativo ao Bloco 2 com 26 itens, 16 itens apresentaram concordância entre os especialistas abaixo do esperado (<90%). A maioria dos itens foi reescrito, entretanto alguns foram mantidos, devido à insuficiência de sugestões para nova redação do item. Chama atenção o fato de que todos os 26 itens relacionados ao conteúdo foram validados com 100% de concordância na última rodada (IVC 1,00), o que demonstra uma estabilidade de clareza e representatividade nos itens desse bloco. Com relação ao conteúdo desenvolvido junto às equipes durante o processo de Planificação, a avaliação do nível de compreensão, capacitação profissional e integração entre os membros da equipe são relevantes porque são vistos como uma estratégia que influencia o processo de trabalho³¹.

Espera-se que serviços com uma melhor estrutura apresentem um melhor processo de atendimento. Entretanto, isso não é diretamente proporcional, uma vez que a relação entre esses dois elementos depende também da inter-relação pessoal entre profissionais e gestores do sistema. Esforços devem ser realizados para melhorar a qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde. É necessário ampliar a cobertura dos programas, motivar e capacitar os profissionais para a prática da saúde coletiva, incentivar o trabalho em equipe multidisciplinar e organizar o sistema de comunicação entre os níveis⁶⁷.

A necessidade da avaliação acerca da compreensão dos conteúdos abordados na Planificação, como forma de avaliar a dimensão processo, busca entender o funcionamento dos serviços e as propostas de mudanças no processo de trabalho das equipes a partir das Oficinas. Com relação às **Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde**, o sucesso das RAS depende da efetividade

da APS em três papéis fundamentais: resolubilidade, responsabilização e coordenação. Ao se avaliar o grau de integração das RAS, possibilita avaliar também a capacidade da Atenção Primária à Saúde de coordenar essa rede, pois a coloca na centralidade da integração dos diversos pontos de atenção. Isso depende de mudanças culturais e na formação desses profissionais, podendo assim, subsidiar planos e estratégias de intervenção no que concerne à estruturação e organização do sistema local^{5,64}.

Quanto à **Territorialização e Vigilância em Saúde**, a literatura aponta a relevância desses temas para o processo de trabalho das equipes. O ponto de partida para a organização dos serviços de saúde e das práticas de vigilância em saúde é a territorialização do sistema local, de acordo com as relações entre condições de vida, ambiente e acesso às ações e serviços de saúde da população. Reconhecer o território sob responsabilidade dos trabalhadores como estratégia para o planejamento de suas ações já é reconhecido, todavia, os desafios estão nos métodos utilizados pelas equipes para o processo de reconhecimento do território⁶⁸⁻⁶⁹.

Relativo à **Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**, sabe-se que a prática dos cuidados primários é ampla e complexa, entretanto, opera com uma estrutura de demanda limitada em relação a essa diversidade. Em geral, é aplicada aos cuidados de eventos agudos (demanda espontânea) e de condições crônicas (demanda programada) e algumas vezes, com a demanda por cuidados preventivos. Para tanto, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas é uma resposta ao sistema de saúde atual baseado na atenção às condições agudas. Assim, se faz imprescindível implantar um modelo efetivo de atenção, que busque respostas aos sistemas de atenção à saúde às condições agudas e às agudizações das condições crônicas^{5,70}.

Com relação à **Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico**, o sistema de assistência farmacêutica nas RAS, que engloba a logística dos medicamentos e a farmácia clínica, requer a sua institucionalização como um componente transversal, que perpassa o ciclo logístico e se estende às ações que garantam a sustentabilidade da área. Desse modo, a institucionalização dessas práticas de assistência farmacêutica e do apoio diagnóstico nas RAS ocorrerá se a avaliação for incorporada à rotina das organizações de saúde, de modo a integrar o processo de planejamento e gestão das políticas e programas^{5,71}.

Quanto ao **Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde**, é relevante compreender os processos avaliativos como integrantes do processo de trabalho e essenciais para orientar as práticas de saúde das equipes. Há um longo percurso até a institucionalização da avaliação, produto de um trabalho colaborativo das instâncias e de conquista de espaço político para alcançar a autonomia dos recursos necessários e o fortalecimento da capacidade avaliativa dos envolvidos¹⁶.

Por fim, com relação à análise da **Aplicabilidade operacional da Planificação (resultado)**, relativo ao Bloco 3 com sete itens, quatro itens apresentaram concordância entre os especialistas abaixo do esperado (<90%), sendo reestruturados. Na última rodada, todos os sete itens relacionados à aplicabilidade foram validados acima da concordância esperada (IVC >0,78). A apreciação da dimensão resultado consiste em verificar se os mesmos correspondem ao esperado, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs a atingir. Dessa maneira, percebe-se que toda intervenção na área da saúde pode produzir diferentes tipos de resultados, que podem influenciar na tomada de decisão de gestores e equipes⁷².

Os itens do Bloco aplicabilidade relacionam questões que abordam o processo de qualificação dos profissionais e do processo de trabalho das equipes, o alcance do objetivo geral da Planificação da Atenção Primária, bem como a capacidade de colocar em prática (aplicar) o que foi apreendido. Um instrumento deve se tornar dinâmico a partir do monitoramento e avaliação dos resultados obtidos e da necessidade do serviço. Deve investigar as características que permeiam, intrinsecamente, o processo de trabalho na APS de modo a compor outros indicadores para o processo de avaliação⁶². Considera-se, assim, que os processos de avaliação dos serviços de saúde atuam para a construção de uma nova perspectiva do cuidado e que, além de contribuir para a construção de alternativas conjuntas entre serviços de saúde e usuários, pode fortalecer o controle social e os processos de planejamento. Um julgamento válido sobre os resultados de uma intervenção auxiliam no cotidiano dos serviços e da gestão⁷²⁻⁷³.

Portanto, o presente estudo de validação de conteúdo fornece informações sobre a representatividade e a clareza dos itens do instrumento proposto, a partir da colaboração dos especialistas da área ao avaliarem as dimensões estrutura, processo e resultado do mesmo. A apreciação relativa à clareza, correção, compreensão e relevância dos itens por um comitê de especialistas, e consequentemente a reformulação de alguns itens, permite obter uma versão final para avaliar os serviços

de saúde⁷⁴. Entretanto, existem limitações nesses estudos que precisam ser observadas, visto que a análise dos especialistas é subjetiva e, dessa maneira, podem existir distorções⁶⁰. Assim, os estudos que permitem o conhecimento da realidade local, podem subsidiar o planejamento de ações efetivas, bem como servir de base para avaliar o impacto de futuras intervenções⁷⁵.

6 CONCLUSÃO

A construção do Instrumento de Avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde permitiu a formulação de um conjunto de itens, divididos em blocos, que ao cumprir os requisitos metodológicos previstos na literatura, deram origem à versão final validada. A avaliação crítica realizada pelo comitê de especialistas nas duas rodadas de validação de conteúdo permitiu o aprimoramento do instrumento, com algumas questões reformuladas para maior adequação ao seu público-alvo, com vistas a avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

A utilização da Técnica Delphi, associada às metodologias de verificação do grau de consenso, por meio da Taxa de Concordância e do Índice de Validade de Conteúdo, foi bastante efetiva para estabelecer consenso nas rodadas e as prioridades na abordagem de avaliação da Planificação da APS. Além da construção de consensos em cada rodada, observaram-se outras vantagens da Técnica Delphi, como: o anonimato entre os participantes, proporcionando igualdade de condições de participação a todos os especialistas; a aplicação do formulário em pessoas geograficamente distantes e a qualidade da composição do comitê de especialistas, sem a necessidade de representatividade estatística quanto ao número de participantes.

Apesar das plataformas eletrônicas possuírem boa aceitação pelos participantes dos estudos, foi observado no presente estudo alguns desafios, como: a dificuldade na captação e adesão dos especialistas para compor o comitê de validação, com número de participantes menor do que o esperado, bem como a perda de participantes entre as rodadas. Tais desafios não afetaram a validade ou a qualidade dos resultados, tendo em vista que o painel é composto por especialistas no assunto em questão, fator imprescindível para a técnica utilizada.

No entanto, o instrumento proposto aborda apenas a avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde, sendo que para as demais etapas da Planificação da Atenção à Saúde, o instrumento pode não corresponder ao esperado. Como limitações desta pesquisa, cita-se a inexistência de estudos publicados sobre a Planificação da Atenção à Saúde, bem como dificuldades relativas à ausência de descritores que caracterizem a Planificação nas bases de dados.

Os resultados deste estudo contribuem para a ampliação do conhecimento no assunto, sendo que o instrumento validado se mostrou uma ferramenta possível para ser utilizada, principalmente pela gestão estadual e municipal, na avaliação das Oficinas de Planificação da APS, configurando uma inovação na literatura científica em relação à Planificação. O instrumento final pode auxiliar na definição de estratégias de estruturação do sistema local, a partir do processo de trabalho das equipes de APS e apoiar a tomada de decisão dos gestores estaduais e municipais em relação ao processo de Planificação.

Portanto, o instrumento de avaliação construído, possui validade de conteúdo para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde, estando disponível sua utilização para este fim. Assim, o instrumento tem por intuito apoiar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado em Rede e colaborar com o campo das pesquisas de avaliação dos serviços e ações de saúde da Atenção Primária à Saúde.

7 REFERÊNCIAS

1. Fausto MCR et al . A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**. 2014; 38(spe): 13-33. Acesso em: 29 mar 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso.
2. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.** [Internet]. 2009; 18(2): 189-198. Acesso em: 21 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003&lng=en.
3. Facchini LA, Garcia LP. Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: **20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p
4. Sumar N, Fausto MCR. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J Manag Prim Health Care**. 2014; 5(2): 202-212. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/217/0
5. Mendes EV. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
6. Giovanella L, Mendonça MHM. **Atenção Primária à Saúde**. In: Giovanella L; Escorel S; Lobato LVC; Noronha JC; Carvalho AI organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
7. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
8. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, org. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
9. 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.
10. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2006; 11(3): 705-711. Acesso em: 18 jan 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en.

11. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care, 1966. **The Milbank quarterly**, United States. 2005; 83(4): 691-729.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: Ferramentas para a Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
13. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2004; 4(3): 317-321. Acesso em: 29 mar 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=en.
14. Carvalho ALB de et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012; 17(4): 901-911. Acesso em: 05 jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso.
15. Contandriopoulos AP, Pouvourville G, Poullier JP, Contandriopoulos D. **À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXIe siècle**. In: Pomey MP, Poullier JP, éditeurs. *Santé publique*. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.
16. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30(12): 2619-2630. Acesso em: 18 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202619&lng=en.
17. Donabedian A. La dimension internacional de La evaluación y garantía de La calidad. **Salud Pública de México**. 1990; 32(2): 113-117.
18. Donabedian A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 1988; 4: 487-496.
19. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30(12): 2643-2655. Acesso em: 21 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en.
20. Siman AG, Cunha SGS, Brito MJM. Mudanças nas ações gerenciais após a Acreditação Hospitalar. **Rev Rene**. 2016; 17(2): 165-75. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2992/2308
21. Ferreira VD et al . Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc. Anna Nery**. 2016; 20(4): e20160104. Acesso em: 05 jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400221&lng=en&nrm=iso.
22. Brasil. **Portaria GM nº 676 de 03 de junho de 2003**. Constitui Comissão de Avaliação da Atenção Básica. DOU, DF; 2003.

23. Venâncio SI et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família - AMQ: estudo de implantação no Estado de SP**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2008.
24. Castanheira ERL et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude e Sociedade**. 2011; 20(4): 935-947. Acesso em: 27 fev 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) : manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.
27. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005.
28. Bruin-Kooistra M et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**. 2012; 24(3): 301–310.
29. Felisberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. **Institucionalização da Avaliação**. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
30. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2011; 16(7): 3061-3068. Acesso em: 05 jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en.
31. Bellucci JJA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. 2012; 65(5): 751-757. Acesso em 20 mai 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en.
32. Scatena LM, Wysocki AD, Beraldo AA, Magnabosco GT, Brunello MEF, Netto AR et al. Validação e confiabilidade: instrumento para avaliação de serviços que tratam tuberculose. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2015; 49: 7. Acesso em: 20 mai 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100213&lng=en.

33. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2014; 19(2): 343-352. Acesso em: 02 nov 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200343&lng=en.
34. Bonfim D et al. Instrumento de medida de carga de trabalho dos profissionais de Saúde na Atenção Primária: desenvolvimento e validação. **Rev. esc. enferm. USP** [Internet]. 2015; 49(spe2): 25-34. Acesso em: 05 jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800025&lng=en.
35. Mendes EV. Consensus entrevista Eugênio Vilaça Mendes. **Consensus** (online). 2016;(20). Acesso em: 04/01/2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/category/edicao-20/>
36. 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).
37. Paraná. Secretaria Estadual de Saúde. **A tutoria na APS**. Curitiba, 2015. <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CartilhaTutoria2015.pdf>
38. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, 2018. <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/planificacao-da-atencao-primaria-a-saude>
39. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial**. Brasília:OMS; 2003.
40. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca** [CD-ROM]. [S.l.]: OMS; 2010.
41. Merhy EE. Um dos grandes desafios do SUS: apostar em novos modelos de atenção. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.
42. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2011; 27(4): 779-786. Acesso em: 04 nov 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400017&lng=en.
43. Pires MRGM, Göttems LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2010; 15(Supl 1): 1009-1019. Acesso em: 04 nov 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en.

44. Porter ME, Teisberg EO. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.
45. Polit DF; Beck CT. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.
46. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p.167-98.
47. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Louise DJ, Potvin LD. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997.
48. Okoli C, Pawlowski SD. **The Delphi method as a research toll: an example, design consideration and applications**. Inf Manage. 2004;42: 15-29.
49. Coutinho SS et al. O uso da técnica delphi na pesquisa em Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2013; 37 (3): 582-596. Acesso em: 18 jan 2017. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4462.pdf>
50. Pasquali L. **Teorias e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: Laboratório de pesquisa em Avaliação em Saúde; Instituto de psicologia/Unb; 1996.
51. Scarparo AF et al. Reflexões sobre o uso da Técnica Delphi em pesquisas na Enfermagem. **Rev Rene**. 2012; 13(1): 242-5. Acesso em: 22 mar 2018. Disponível em: www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803
52. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2015; 20(3): 925-936. Acesso em: 27 mai 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en.
53. Pasquali L. Psicometria. **Rev. esc. enferm**. [Internet]. 2009; 43(spe): 992-999. Acesso em: 27 mai 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500002&lng=en.
54. Silva MB et al. Utilização da Técnica Delphi na Validação de Diagnósticos de Enfermagem. **Rev. Enferm UFPE** [internet]. 2013; 10(1): 262-8, 2013. Acesso em: 28 jan. 2016. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2887/pdf_1914.
55. Hulley SB et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

56. Brasil. **Resolução CNS Nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

57. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface** [Internet]. 2017; 21(61): 321-332. Acesso em: 18 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en.

58. Klein C, Linch GFC, Souza EN, Mantovani VM, Goldmeier S, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação de um questionário de conhecimento sobre insuficiência cardíaca para enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm.** [Internet]. 2012 Mar; 33(1): 19-25. Acesso em: 10 mai 18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100003&lng=en.

59. Guimarães FJ, Carvalho ALRF, Pagliuca LMF. Elaboração e validação de instrumento de avaliação de tecnologia assistiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2015; 17(2): 302-11. Acesso em: 21 mar 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.28815>.

60. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee S, Rauch S. Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. **Social WorkResearch**. 2003; 27(2): 94-105. Recuperado de <http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.short>

61. Pedreira RBS, Rocha SV, Santos CA, Vasconcelos LRC, Reis MC. Validade de conteúdo do Instrumento de Avaliação da Saúde do Idoso. **Einstein**. [Internet]. 2016; 14(2): 158-177. Acesso em: 23 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082016000200009&lng=en.

62. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, Carvalho DR. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: validação de instrumento para análise de desempenho dos serviços. **Saúde debate** [Internet]. 2017; 41(113): 471-485. Acesso em: 14 mai 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200471&lng=en.

63. Sanchez HF. Construção e validação de um instrumento para avaliação dos serviços públicos de saúde bucal na atenção primária à saúde sob a ótica dos usuários (ASBAP- usuário) / Heriberto Fiuza Sanchez. Tese de doutorado. 2013. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ZMRO-9D2NAX>

64. Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, Deon KC, Arcêncio RA. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30(7): 1385-1390. Acesso em: 22 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701385&lng=en.

65. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet]. 2017; 26(2): 275-284. Acesso em: 23 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en.
66. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [Internet]. 2010; 10(Supl 1): s69-s81. Acesso em: 23 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007&lng=en.
67. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2001; 17(1): 131-139. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000100013&lng=en.
68. Gondim GMM, Monken M, Iñiguez Rojas L, Barcellos C, P Peiter, Navarro MBMA, Gracie R. O Território da Saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 237-256.
69. Pessoa VM, Rigotto RM, Carneiro FF, Teixeira ACA. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2013; 18(8): 2253-2262. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800009&lng=en.
70. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (Org.) **Laboratório de inovações no cuidado das Condições Crônicas na APS: a implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na UBS Alvorada em Curitiba, Paraná**. Brasília: OPAS/CONASS, 2012.
71. Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra JAA et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2017; 51(Supl 2): 7s. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300314&lng=pt.
72. Hartz ZMA (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz - Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.
73. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2013; 18(1): 103-114. Acesso em: 14 mai 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en.

74. Mota S, Araújo MJ, Trigueiros MJ, Leuchner A, Sousa MM. Construção e validação de um instrumento para avaliar a satisfação e importância atribuída aos serviços de enfermagem prestados na área da saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** [Internet]. 2014; (spe1): 53-58. Acesso em: 23 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000100009&lng=pt.

75. Assunção MCF, Santos IS dos, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública** [Internet]. 2001; 35(1): 88-95. Acesso em: 25 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100013&lng=en.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Primeira versão do Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Município: _____

Categoria Profissional: _____

Local de atuação (ESF, UBS tradicional, EACS, NASF, UPA, Gestão, etc): _____

BLOCO 1. ESTRUTURA (9)

1.1 Qual a sua satisfação geral com relação às Oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

1.2 Como você avalia a organização/logística das oficinas de Planificação da APS (local de realização, estrutura das salas, programação, pontualidade)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.3 Como você avalia o material didático utilizado nas seis oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.4 Como você avalia as metodologias adotadas para as seis oficinas de Planificação da APS (leituras individuais e em grupos, trabalhos/dinâmicas em grupo, exposições dialogadas)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.5 Como você avalia a carga-horária e a quantidade de dias das oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.6 Como você avalia o número de oficinas (seis)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.7 Como você avalia as tarefas de dispersão, como por exemplo, a aplicabilidade de instrumentos no território?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.8 Como você avalia o desempenho dos facilitadores (mediador, instigador, dinâmico, ético) nas oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.9 Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?

() Sim () Não

BLOCO 2. CONTEÚDO (26)

2.1 Qual seu grau de satisfação em relação ao conteúdo das oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

2.2 Como você avalia a sua compreensão dos objetivos de cada uma das oficinas?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.3 Classifique em ordem de importância os assuntos abordados durante as OFICINAS de Planificação, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 10 para a que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() Redes de Atenção à Saúde

() Atenção Primária à Saúde

() Territorialização e Vigilância em Saúde

() Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.4 Classifique em ordem de importância as atividades de DISPERSÃO, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 10 para a que MAIS contribuiu para a qualificação do seu processo de trabalho e da sua equipe:

() Redes de Atenção à Saúde

() Atenção Primária à Saúde

() Territorialização e Vigilância em Saúde

() Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.5 Qual assunto você acha que NÃO precisaria ter sido abordado:

- ☐ Redes de Atenção à Saúde
☐ Atenção Primária à Saúde
☐ Territorialização e Vigilância em Saúde
☐ Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
☐ Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico
☐ Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

Oficina I (Redes de Atenção à Saúde)**2.6 Como você avalia a sua compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção após a conclusão da Oficina I de Planificação?**

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.7 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina I, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde
☐ Mudanças na situação de saúde no país
☐ Formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde
☐ Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde
☐ Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde
☐ Modelagem das Redes de Atenção à Saúde

2.8 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina I em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina II (Atenção Primária à Saúde)**2.9 Como você avalia a sua compreensão sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde, a partir da situação de saúde no município após a conclusão da oficina II de Planificação?**

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.10 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina II, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Conceito e elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde
☐ A crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica
☐ Principais demandas da Atenção Primária à Saúde
☐ Proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde
☐ Principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.

2.11 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina II em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde)**2.12 Como você avalia a sua compreensão sobre a integração da Atenção Primária com a Vigilância no território após a conclusão da oficina III de Planificação?**

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.13 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina III, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Conceito de território e territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde
☐ Conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes
☐ Ferramentas de análise situacional para planejamento, monitoramento e avaliação das ações
☐ Relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território

2.14 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina III em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde)**2.15 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas no seu processo de trabalho na Atenção Primária após a conclusão da oficina IV de Planificação?**

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.16 Como você avalia a sua capacidade de organizar a atenção aos eventos agudos (acolhimento com classificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.17 Como você avalia a sua capacidade de organizar a atenção às condições crônicas (demanda programada e estratificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.18 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina IV, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas

☐ Modelo de Atenção aos Eventos Agudos

☐ Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o Sistema Único de Saúde

☐ Organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento, classificação de risco)

☐ Organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação, agenda)

2.19 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina IV em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico)

2.20 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização e integração da assistência farmacêutica na Atenção Primária após a conclusão da oficina V de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.21 Como você avalia a sua compreensão sobre o Sistema de Apoio Diagnóstico da RAS apresentado na Oficina V?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.22 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina V, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde

☐ O papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico

☐ Estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

☐ Os sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde

2.23 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina V em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde)

2.24 Como você avalia a sua compreensão sobre o monitoramento e avaliação para a melhoria das ações e dos serviços da Atenção Primária à Saúde após a conclusão da oficina VI de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.25 Classifique em ordem de importância os assuntos da Oficina VI, utilizando uma escala de 0 a 10, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 10 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

☐ Fundamentos do monitoramento e avaliação

☐ Importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária

☐ Indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

☐ Matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde

☐ Plano para operacionalização das metas pactuadas

2.26 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina VI em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

BLOCO 3. APLICABILIDADE (7)

3.1 Como você avalia a SUA participação nas Oficinas de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.2 Como você avalia a participação dos GESTORES do seu município nas Oficinas e nas Atividades de Dispersão da Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.3 Como você avalia a participação dos demais PROFISSIONAIS DE SAÚDE do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.4 Após a conclusão das oficinas de Planificação, como você avalia o alcance do objetivo geral da Planificação: “apoiar iniciativas de indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção”?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.5 Qual o seu grau de satisfação com relação a qualificação do processo de trabalho da SUA EQUIPE ao final do processo de Planificação?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

3.6 Como você avalia a SUA capacidade de colocar em prática os assuntos abordados durante o processo de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.7 Como você avalia a capacidade de SUA EQUIPE em elaborar um plano de intervenção da APS, após as atividades de dispersão da Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

APÊNDICE 2 - Segunda versão do Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Município: _____

Categoria Profissional: _____

Local de atuação (ESF, UBS tradicional, EACS, NASF, UPA, Gestão, etc): _____

BLOCO 1. ESTRUTURA (9)

1.1 Qual a sua satisfação geral com relação a estrutura das Oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

1.2 Como você avalia a organização/logística das oficinas de Planificação da APS (local de realização, salas, programação, pontualidade)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.3 Como você avalia o material didático utilizado nas seis oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.4 Como você avalia as atividades adotadas durante as seis oficinas de Planificação da APS (leituras individuais e em grupos, trabalhos/dinâmicas em grupo, exposições dialogadas, vídeos)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.5 Como você avalia a carga-horária e a quantidade de dias das oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo **Porquê?** _____

1.6 Como você avalia a quantidade de oficinas realizadas (seis)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.7 Como você avalia as tarefas de dispersão quanto à facilidade e operacionalidade, como por exemplo, a aplicabilidade de instrumentos no território?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.8 Como você avalia o desempenho do grupo de facilitadores quanto a mediação, dinâmica e ética nas oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.9 Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?

() Sim () Não () Quais? _____

BLOCO 2. CONTEÚDO (26)

2.1 Qual o seu grau de satisfação em relação ao conteúdo das oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

2.2 Você considera que sua compreensão dos objetivos de cada uma das oficinas foi:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.3 Classifique, em ordem de importância, os assuntos de cada OFICINA de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() **Oficina I** - Redes de Atenção à Saúde

() **Oficina II** - Atenção Primária à Saúde

() **Oficina III** - Territorialização e Vigilância em Saúde

() **Oficina IV** - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() **Oficina V** - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() **Oficina VI** - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.4 Classifique, em ordem de importância, as atividades de DISPERSÃO de cada Oficina de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 6 para a que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() **Oficina I** - Redes de Atenção à Saúde

() **Oficina II** - Atenção Primária à Saúde

() **Oficina III** - Territorialização e Vigilância em Saúde

() **Oficina IV** - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() **Oficina V** - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() **Oficina VI** - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.5 Dos assuntos abordados nas seis Oficinas, você acha que algum poderia ser suprimido? Qual?

- ☐ Redes de Atenção à Saúde
☐ Atenção Primária à Saúde
☐ Territorialização e Vigilância em Saúde
☐ Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
☐ Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico
☐ Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

() Todos os itens precisariam ser abordados

Por qual motivo você considera que o assunto poderia ser suprimido? _____

Oficina I (Redes de Atenção à Saúde)

2.6 Como você avalia a sua compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção após a conclusão da Oficina I de Planificação?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.7 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina I (Redes de Atenção à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde
☐ Mudanças na situação de saúde no país
☐ Formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde
☐ Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde
☐ Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde
☐ Modelagem das Redes de Atenção à Saúde

2.8 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina I em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina II (Atenção Primária à Saúde)

2.9 Como você avalia a sua compreensão sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde, a partir da situação de saúde no município após a conclusão da oficina II de Planificação?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.10 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina II (Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Conceito e elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde
☐ A crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica
☐ Principais demandas da Atenção Primária à Saúde
☐ Proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde
☐ Principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.

2.11 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina II em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde)

2.12 Como você avalia a sua compreensão sobre a integração da Atenção Primária com a Vigilância no território após a conclusão da oficina III de Planificação?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.13 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Conceito de território e territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde
☐ Conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes
☐ Ferramentas de análise situacional para planejamento, monitoramento e avaliação das ações
☐ Relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território

2.14 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina III em seu processo de trabalho?

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde)

2.15 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas no seu processo de trabalho na Atenção Primária após a conclusão da oficina IV de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.16 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção aos eventos agudos (acolhimento com classificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.17 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção às condições crônicas (demanda programada e estratificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.18 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas
- ☐ Modelo de Atenção aos Eventos Agudos
- ☐ Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o Sistema Único de Saúde
- ☐ Organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento, classificação de risco)
- ☐ Organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação, agenda)

2.19 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina IV em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico)

2.20 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização e integração da assistência farmacêutica na Atenção Primária após a conclusão da oficina V de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.21 Como você avalia a sua compreensão sobre o Sistema de Apoio Diagnóstico da RAS apresentado na Oficina V?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.22 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde
- ☐ O papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico
- ☐ Estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Os sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde

2.23 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina V em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde)

2.24 Como você avalia a sua compreensão sobre o monitoramento e avaliação para a melhoria das ações e dos serviços da Atenção Primária à Saúde após a conclusão da oficina VI de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.25 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Fundamentos do monitoramento e avaliação
- ☐ Importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária
- ☐ Indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Plano para operacionalização das metas pactuadas

2.26 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina VI em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

BLOCO 3. APLICABILIDADE (7)

3.1 Como você avalia a contribuição das Oficinas de Planificação da APS para a SUA qualificação profissional?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.2 Como você avalia a participação dos GESTORES (como os Secretários de Saúde) do seu município nas Oficinas da Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.3 Como você avalia a participação dos demais PROFISSIONAIS DE SAÚDE do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.4 Após a conclusão das oficinas de Planificação, como você avalia o alcance do objetivo geral da Planificação: “apoiar iniciativas de indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizando ferramentas e apoiando estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes e da integração entre os diversos pontos e níveis de atenção”?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.5 Qual o seu grau de satisfação com relação a qualificação do processo de trabalho da SUA EQUIPE ao final do processo de Planificação?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

3.6 Como você avalia a SUA capacidade de colocar em prática os assuntos abordados durante o processo de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.7 Como você avalia a capacidade de SUA EQUIPE em elaborar um plano de intervenção da APS, após as atividades de dispersão da Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

APÊNDICE 3 - Artigo oriundo da Dissertação para publicação

ARTIGO ORIGINAL

Planificação da Atenção Primária à Saúde: construção e validação de instrumento avaliativo

Planning of Primary Health Care: construction and validation of evaluation instrument

RESUMO

Objetivo: Construir e validar um instrumento para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Estudo Metodológico. O instrumento elaborado foi avaliado por um comitê de especialistas utilizando a Técnica Delphi, em duas rodadas, por meio de roteiros eletrônicos de avaliação de conteúdo. Para o grau de concordância foram utilizados o Percentual de Concordância e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC). **Resultados:** Na primeira rodada, participaram seis especialistas e a Taxa de concordância do instrumento foi 87% para clareza e 94% para representatividade. Na segunda rodada, participaram cinco especialistas e o IVC foi 0,95 para clareza, 0,97 para representatividade e 0,96 o IVC total. O instrumento final possui 42 itens divididos em três blocos: estrutura, conteúdo e aplicabilidade operacional. **Conclusão:** O instrumento de avaliação construído possui validade de conteúdo para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde, estando disponível para essa finalidade.

Descritores: Atenção primária à saúde; Avaliação em saúde; Estudos de validação; Avaliação de programas e projetos de saúde; Apoio ao planejamento em saúde.

ABSTRACT

Objective: Construct and validate an instrument to evaluate the process of Planning Primary Health Care. **Methods:** Methodological Study. The instrument was evaluated by a committee of experts using the Delphi Technique, in two rounds, through electronic content evaluation scripts. The Concordance Percentage and the Content Validity Index (CVI) were used for the degree of agreement. **Results:** In the first round, six experts participated and the agreement rate of the instrument was 87% for clarity and 94% for representativity. In the second round, five experts participated and the IVC was 0.95 for clarity, 0.97 for representativity, and 0.96 for total IVC. The final instrument has 42 items divided into three blocks: structure, content and

*operational applicability. **Conclusion:** The built evaluation instrument has content validity to evaluate Primary Health Care Planning, available for this purpose.*

***Descriptors:** Primary health care, Health evaluation, Validation studies, Program evaluation, Health planning support.*

Introdução

Um sistema de saúde fundamentado na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma estratégia de organização integral, para que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população e o cuidado coordenado entre os pontos de atenção.⁽¹⁻²⁾ Coerência e coordenação insuficientes na atenção à saúde ainda são consideradas as principais causas de falta de respostas às necessidades da população.⁽³⁾

Buscando respostas institucionais para as necessidades em saúde da Atenção Primária, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) propõe, desde 2011, a Planificação da Atenção à Saúde. A Planificação é um processo de planejamento da atenção à saúde que busca apoiar as equipes na implementação de ações e estratégias que promovam o debate e aprimorem o cuidado na APS.⁽⁴⁾ A metodologia prevê Oficinas mensais de Planificação da Atenção Primária à Saúde, nas quais ocorre a troca de informações entre todos os trabalhadores das equipes de saúde, gestores e técnicos estaduais e municipais, além de Tutorias da Atenção Primária e Atenção Especializada.⁽⁴⁾

A avaliação em saúde se faz necessária por meio de ferramentas que identifiquem os nós críticos do sistema.⁽⁵⁾ Iniciativas de avaliação da APS que contribuam para o envolvimento das equipes de saúde na melhoria da qualidade dos serviços vêm ganhando destaque.⁽⁴⁾ No entanto, observa-se a inexistência, até o presente momento, de um instrumento validado para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Assim, este estudo teve como objetivo construir e validar um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Estudo Metodológico, para construção e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.⁽⁶⁻⁷⁾ Foi utilizada a Técnica Delphi que consistiu no julgamento do instrumento

por especialistas com experiência no assunto em questão, ao longo de duas rodadas.⁽⁸⁻⁹⁾

Para a construção do instrumento, foram considerados os documentos disponibilizados pelo CONASS, as cartilhas de cada uma das oficinas da Planificação da APS e um instrumento preliminar de avaliação das oficinas. Foram formulados 42 itens, de acordo com a inter-relação estrutura, processo e resultado, proposta por Donabedian (1988)⁽¹⁰⁾ para a avaliação em saúde, divididos em três blocos: estrutura, conteúdo (processo) e aplicabilidade operacional (resultado). Em relação à pontuação dos itens do instrumento, foi utilizada uma escala tipo Likert de cinco posições.

Para a validação, a população de pesquisa foi composta por um grupo de especialistas, escolhidos por conveniência após análise do Currículo Lattes. O número de especialistas esperado era de 14 pessoas de diferentes estados do Brasil. Os critérios para a seleção dos participantes foram: ser profissional da área da saúde; ter experiência com APS e/ou Planificação; estar atuando em seu serviço; ser docente universitário; ser profissional da gestão estadual/ municipal, da Atenção Básica/ Especializada ou ser servidor/ consultor do CONASS e que aceitasse participar da validação.

Os especialistas receberam instruções por correio eletrônico, juntamente com o link do formulário no formato eletrônico e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na sua primeira seção, armazenado eletronicamente. Foram orientados a avaliar cada um dos blocos e dos itens do instrumento com prazo de devolução de 15 dias para cada rodada. Na primeira rodada, avaliaram abrangência, clareza e representatividade. O grau de concordância foi verificado por meio da Taxa de Concordância, sendo uma taxa aceitável de 90% de concordância entre os especialistas.⁽¹¹⁾ Nesta rodada foi possível sugerir inclusão e/ou eliminação de itens, além das sugestões, originando a segunda versão do instrumento.

Na segunda rodada, os especialistas avaliaram cada item individualmente, além do formato, título e escores do instrumento, considerando a clareza e/ou representatividade/ relevância de cada aspecto. O grau de concordância foi verificado por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo calculado para cada item, cada bloco e o total do instrumento. Para avaliar a relevância/representatividade poderiam escolher entre uma escala Likert: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser

representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo ou 4 = item relevante ou representativo. A abrangência, a clareza e a pertinência foram avaliadas com o mesmo tipo de escala: 1 = não claro, 2 = pouco claro, 3 = bastante claro, 4 = muito claro. O cálculo foi realizado a partir do somatório das respostas “3” e “4” em cada um dos itens e dividido pelo número total de respostas. Foram considerados validados os itens que obtiveram IVC acima de 0,78.⁽¹²⁾

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a março de 2018. O estudo seguiu os aspectos legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi certificado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio do parecer N° 75118417.7.0000.5345.

Resultados

Na primeira rodada, seis especialistas respondem ao formulário, a maioria eram mulheres (66,7%) com faixa etária predominante de 30 a 39 anos de idade (50%). A maioria possuía 5 a 9 anos de formação (50%). A categoria profissional que mais apareceu foi psicologia (33,3%). Dos participantes a maioria possuía especialização (50%) na área da saúde e eram gestores estaduais/ municipais (33,3%) e docentes (33,3%). A maioria (83,3%) referiu experiência com Planificação da Atenção Primária ou Planificação da Atenção à Saúde.

Nesta rodada, não foram realizadas sugestões para inclusões de novos itens, entretanto, 25 itens (59,5%) foram mantidos conforme a primeira versão, seis itens (14,3%) foram reestruturados quanto à escrita e 11 itens (26,2%) foram totalmente reescritos quanto à forma e/ou a pontuação da escala Likert. O instrumento apresentou quanto à clareza, taxa de concordância de 87% entre os itens (<90%). Quanto à representatividade, o instrumento apresentou taxa de concordância de 94% entre os itens (>90%).

Na segunda rodada, a maioria dos participantes também eram mulheres (80%), com faixas etárias predominantes de 30 a 39 anos (40%) e 40 a 49 anos (40%). A maioria possuía tempo de formação de 10 a 19 anos (60%). A categoria profissional mais predominante foi enfermagem (40%). Dos participantes, a maioria possuía doutorado (60%) e eram docentes (60%). A maioria (60%) referiu experiência com Planificação da Atenção Primária ou Planificação da Atenção à Saúde.

Nesta rodada, não foram realizadas sugestões para inclusões ou exclusões de itens, sendo mantidos todos os 42 itens. Desses, 40 itens (95,2%) foram mantidos conforme a segunda versão e dois itens (4,8%) foram reestruturados quanto à escrita. Além disso, dois itens foram realocados para outro bloco do instrumento. Assim, o instrumento alcançou IVC 0,95 quanto à clareza e 0,97 quanto à representatividade. Isso resultou em um IVC total do instrumento de 0,96 (>0,78), caracterizando a validação do seu conteúdo. Quanto ao título, o IVC foi 0,80, já com relação ao formato (layout) e escores do instrumento, o IVC foi 1,00 para ambos. A tabela 1 apresenta detalhadamente o grau de concordância em relação à clareza e à representatividade dos itens, dos blocos e do instrumento em geral, relativos às duas rodadas da Técnica Delphi para validação de conteúdo.

Tabela 1. Concordância das rodadas da Técnica Delphi para validação de conteúdo. Taxa de Concordância (%) e Índice de Validade de Conteúdo (IVC). Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.

Concordância	Primeira rodada – Taxa Concordância (%)		Segunda rodada - Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
Item	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
Itens do bloco 1 - Estrutura				
1.1	100	83,3	1,00	1,00
1.2	100	100	1,00	1,00
1.3	100	100	1,00	1,00
1.4	83,3	100	1,00	1,00
1.5	100	100	1,00	1,00
1.6	83,3	100	1,00	1,00
1.7	100	100	0,80	1,00
1.8	100	83,3	1,00	1,00
1.9	100	100	1,00	1,00
Itens do bloco 2 - Conteúdo				
2.1	100	100	1,00	1,00
2.2	100	83,3	1,00	1,00
2.3	33,3	83,3	1,00	1,00
2.4	33,3	83,3	1,00	1,00
2.5	83,3	100	1,00	1,00
Oficina I				
2.6	100	100	1,00	1,00
2.7	50	100	1,00	1,00
2.8	100	83,3	1,00	1,00
Oficina II				
2.9	100	100	1,00	1,00
2.10	50	100	1,00	1,00
2.11	100	83,3	1,00	1,00

Oficina III				
2.12	100	100	1,00	1,00
2.13	50	100	1,00	1,00
2.14	100	83,3	1,00	1,00
Oficina IV				
2.15	100	100	1,00	1,00
2.16	100	100	1,00	1,00
2.17	100	100	1,00	1,00
2.18	50	100	1,00	1,00
2.19	100	83,3	1,00	1,00
Oficina V				
2.20	100	100	1,00	1,00
2.21	100	100	1,00	1,00
2.22	50	100	1,00	1,00
2.23	100	83,3	1,00	1,00
Oficina VI				
2.24	100	100	1,00	1,00
2.25	50	100	1,00	1,00
2.26	100	83,3	1,00	1,00
Itens do bloco 3 - Aplicabilidade				
3.1	83,3	66,6	1,00	1,00
3.2	83,3	100	1,00	1,00
3.3	83,3	100	1,00	1,00
3.4	100	100	0,80	0,80
3.5	100	83,3	1,00	1,00
3.6	100	100	1,00	1,00
3.7	100	100	1,00	1,00
Abrangência dos Blocos	Abrangência	Item permanece no bloco?	Abrangência	Item removido ou inserido?
1 Estrutura	100	100	1,00	Não
2 Conteúdo	83,3	100	1,00	Não
3 Aplicabilidade	83,3	100	1,00	Não
Abrangência do instrumento			1,00	Não
Instrumento	Clareza		Representatividade	
Título	0,80		-	
Formato (layout)	1,00		-	
Classificação do escore	1,00		1,00	
Concordância final	Taxa de Concordância (%)		Índice de Validade de Conteúdo (IVC)	
Total dos blocos	Clareza	Representatividade	Clareza	Representatividade
	87	94	0,95	0,97
IVC total do instrumento				0,96

Fonte: elaboração própria, 2018.

Após as duas rodadas de validação de conteúdo, uma terceira versão do instrumento foi elaborada, dando origem à versão final validada (Apêndice 1).

Discussão

O estudo tem como limitação o tipo de validação empregado, tendo em vista que não foram associados outros processos de validação, como de constructo e fidedignidade. Outras limitações foram a inexistência de estudos científicos publicados sobre a Planificação da Atenção à Saúde, bem como a ausência de descritores para o termo “Planificação”.

A utilização da Técnica Delphi foi bastante efetiva para estabelecer consenso nas rodadas do estudo. O instrumento elaborado se mostrou uma ferramenta possível para ser utilizada, principalmente pela gestão estadual e municipal, na avaliação das Oficinas de Planificação da APS, configurando uma inovação na literatura científica e contribuindo para a ampliação do conhecimento na temática.

Os resultados obtidos no processo de validação do instrumento indicaram sua validade de conteúdo. A análise feita a partir das sugestões dos especialistas permitiu uma reflexão crítica do instrumento elaborado e a consequente reformulação de alguns itens, de modo a conferir maior representatividade e clareza dos itens.

Há um longo percurso até a institucionalização da avaliação, resultado de um trabalho colaborativo das instâncias para alcançar a autonomia dos recursos e o fortalecimento da capacidade avaliativa dos envolvidos.⁽¹³⁻¹⁴⁾ A literatura aponta a necessidade de valorizar os componentes de **estrutura** na avaliação dos serviços de saúde e discutir sua relação com a qualidade dos processos de trabalho e o alcance dos resultados, no que tange à saúde da população.⁽¹⁵⁾

Com relação ao **conteúdo** desenvolvido junto às equipes durante o processo de Planificação, a avaliação do nível de compreensão, capacitação profissional e integração entre os membros da equipe são relevantes porque são vistos como estratégias que influenciam o processo de trabalho.⁽¹⁶⁾ Quanto à **aplicabilidade** operacional dos conteúdos, considera-se que os processos de avaliação dos serviços de saúde atuam para a construção de uma nova perspectiva do cuidado, com o planejamento de ações efetivas dos serviços de saúde para as necessidades dos usuários.⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Desse modo, o instrumento final com suas dimensões estrutura, processo e resultado, pode subsidiar a definição de estratégias de estruturação do sistema de saúde local, a partir do processo de trabalho das equipes de APS, bem como apoiar

a tomada de decisão dos gestores em relação ao processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Conclusão

O instrumento de avaliação construído possui validade de conteúdo para avaliar a Planificação da Atenção Primária à Saúde, estando disponível sua utilização para esta finalidade. Portanto, poderá se constituir uma ferramenta prática, principalmente para gestores, na avaliação do Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

Referências

1. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saude soc.** [Internet]. 2009; 18(2): 189-198. Acesso em: 21 mar 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003&lng=en.
2. Starfield B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
3. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, org. **Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária européia**. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
4. 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.
5. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2006; 11(3): 705-711. Acesso em: 18 jan 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en.
6. Polit DF; Beck CT. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7^a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011. 669 p.

7. Contrandiopoulous AP, Champagne F, Louise DJ, Potvin LD. **Saber preparar uma pesquisa**. São Paulo: hucitec, 1997.
8. Okoli C, Pawlowski SD. **The Delphi method as a research toll: an example, design consideration and applications**. InfManage. 2004;42: 15-29.
9. Coutinho SS et al. O uso da técnica delphi na pesquisa em Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. 2013; 37 (3): 582-596. Acesso em: 18 jan 2017. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4462.pdf>
10. Donabedian A. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**. 1988; 4: 487-496.
11. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2015; 20(3): 925-936. Acesso em: 27 mai 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300925&lng=en.
12. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2011; 16(7): 3061-3068. Acesso em: 05 jun 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=en.
13. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2014; 30(12): 2619-2630. Acesso em: 18 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202619&lng=en.
14. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface** [Internet]. 2017; 21(61): 321-332. Acesso em: 18 abr 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en.
15. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiol. Serv. Saúde** [Internet]. 2017; 26(2): 275-284. Acesso em: 23 abr 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200275&lng=en.

16. Bellucci JJA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Rev. bras. enferm.** [Internet]. 2012; 65(5): 751-757. Acesso em 20 mai 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000500006&lng=en.

17. Hartz ZMA (Org.) **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Organizado por Zulmira Maria Araújo Hartz - Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 132p.

18. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. 2013; 18(1): 103-114. Acesso em: 14 mai 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100012&lng=en.

Apêndice 1 do artigo

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A **Planificação da Atenção Primária à Saúde** é uma das ações que compõem a **Planificação da Atenção à Saúde** e pretende problematizar e refletir sobre o papel da APS como ordenadora da rede, fornecendo apoio técnico às equipes gestoras municipais e trabalhadores das equipes de APS, para qualificar a organização da Rede de Atenção de acordo com os princípios do SUS. O Processo de Planificação da Atenção à Saúde consiste em três momentos principais: Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, Tutorias da Atenção Primária à Saúde e Tutorias de organização da Atenção Ambulatorial Especializada. Essa ação é uma parceria do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) com as Secretarias Estaduais da Saúde de todo país. Solicitamos que preencha o instrumento abaixo, com uma resposta para cada item. Sua avaliação é fundamental para a qualificação do Processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde!

Município:

Categoria Profissional:

Local de atuação (ESF, EAB, EACS, NASF, UPA, Gestão, outros):

BLOCO 1. ESTRUTURA

1.1 Qual a sua satisfação geral com relação a estrutura das Oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

1.2 Como você avalia a organização/logística das oficinas de Planificação da APS (local de realização, salas, programação, pontualidade)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.3 Como você avalia o material didático utilizado nas seis oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.4 Como você avalia as atividades adotadas durante as seis oficinas de Planificação da APS (leituras individuais e em grupos, trabalhos/dinâmicas em grupo, exposições dialogadas, vídeos)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.5 Como você avalia a carga-horária e a quantidade de dias das oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo Porquê? _____

1.6 Como você avalia a quantidade de oficinas realizadas (seis)?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.7 Como você avalia as tarefas de dispersão quanto à facilidade e operacionalidade dos conteúdos das Oficinas na prática profissional?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.8 Como você avalia o desempenho do grupo de facilitadores quanto a mediação, dinâmica e ética nas oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.9 Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?

() Sim () Não () Quais? _____

1.10 Como você avalia a participação dos GESTORES (como os Secretários de Saúde) do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

1.11 Como você avalia a participação dos demais PROFISSIONAIS DE SAÚDE do seu município nas Oficinas de Planificação da APS?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

BLOCO 2. CONTEÚDO

2.1 Qual o seu grau de satisfação em relação ao conteúdo das oficinas de Planificação da APS?

() Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

2.2 Você considera que sua compreensão acerca dos objetivos de cada uma das oficinas foi:

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.3 Classifique, em ordem de importância, os assuntos de cada OFICINA de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

() Oficina II - Atenção Primária à Saúde

() Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

() Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

() Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

() Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.4 Classifique, em ordem de importância, as atividades de DISPERSÃO de cada Oficina de Planificação, utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para a que MENOS contribuiu e 6 para a que MAIS contribuiu para a mudança e/ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe:

() Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

() Oficina II - Atenção Primária à Saúde

() Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

() Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

(continua)

(continuação)

- () Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico
 () Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.5 Dos assuntos abordados nas seis Oficinas, você acha que algum poderia ser suprimido? Qual?

- () Redes de Atenção à Saúde
 () Atenção Primária à Saúde
 () Territorialização e Vigilância em Saúde
 () Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
 () Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico
 () Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde
 () Todos os itens precisam ser abordados

Por qual motivo você considera que o assunto poderia ser suprimido? _____

Oficina I - Redes de Atenção à Saúde

2.6 Como você avalia a sua compreensão sobre o funcionamento do sistema de saúde em Redes de Atenção após a conclusão da Oficina I de Planificação?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.7 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina I (Redes de Atenção à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 6, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 6 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- () Razões da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde
 () Mudanças na situação de saúde no país
 () Formas de estruturação dos sistemas de atenção à saúde
 () Fundamentos das Redes de Atenção à Saúde
 () Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde
 () Modelagem das Redes de Atenção à Saúde

2.8 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina I em seu processo de trabalho?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Oficina II - Atenção Primária à Saúde

2.9 Como você avalia a sua compreensão sobre o acesso na Atenção Primária à Saúde, a partir da situação de saúde no município após a conclusão da oficina II de Planificação?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.10 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina II (Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- () Conceito e elementos constituintes da Atenção Primária à Saúde
 () A crise da Atenção Primária à Saúde no plano micro da clínica
 () Principais demandas da Atenção Primária à Saúde
 () Proposta de construção social da Atenção Primária à Saúde
 () Principais fundamentos para a organização do acesso na Atenção Primária à Saúde.

2.11 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina II em seu processo de trabalho?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Oficina III - Territorialização e Vigilância em Saúde

2.12 Como você avalia a sua compreensão sobre a integração da Atenção Primária com a Vigilância no território após a conclusão da oficina III de Planificação?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.13 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina III (Territorialização e Vigilância em Saúde), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- () Conceito de território e territorialização, bem como sua aplicabilidade no planejamento em saúde
 () Conceitos de risco e vulnerabilidade nos territórios adscritos às equipes
 () Ferramentas de análise situacional para planejamento, monitoramento e avaliação das ações
 () Relações entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde com foco no território

2.14 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina III em seu processo de trabalho?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

Oficina IV - Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde

2.15 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização da atenção aos eventos agudos e condições crônicas no seu processo de trabalho na Atenção Primária após a conclusão da oficina IV de Planificação?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

2.16 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção aos eventos agudos (acolhimento com classificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

(continua)

(conclusão)

2.17 Como você avalia a sua qualificação em relação à organização da atenção às condições crônicas (demanda programada e estratificação de risco) na Unidade Básica de Saúde após a conclusão das oficinas de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.18 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina IV (Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Organização atual da APS para atendimento aos eventos agudos e condições crônicas
- ☐ Modelo de Atenção aos Eventos Agudos
- ☐ Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto para o Sistema Único de Saúde
- ☐ Organização da atenção aos eventos agudos na APS (acolhimento, classificação de risco)
- ☐ Organização da atenção às condições crônicas na APS (estratificação de risco, programação, agenda)

2.19 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina IV em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina V - Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico

2.20 Como você avalia a sua compreensão sobre a organização e integração da assistência farmacêutica na Atenção Primária após a conclusão da oficina V de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.21 Como você avalia a sua compreensão sobre o Sistema de Apoio Diagnóstico da RAS apresentado na Oficina V?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.22 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina V (Assistência Farmacêutica e Apoio Diagnóstico), utilizando uma escala de 1 a 4, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 4 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Importância da assistência farmacêutica enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde
- ☐ O papel da APS na Assistência Farmacêutica, em especial na execução das etapas do ciclo logístico
- ☐ Estratégias para implementação do cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Os sistemas de apoio nas Redes de Atenção à Saúde

2.23 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina V em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Oficina VI - Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde

2.24 Como você avalia a sua compreensão sobre o monitoramento e avaliação para a melhoria das ações e dos serviços da Atenção Primária à Saúde após a conclusão da oficina VI de Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

2.25 Classifique, em ordem de importância, cada assunto abordado na Oficina VI (Monitoramento e Avaliação na Atenção Primária à Saúde), utilizando uma escala de 1 a 5, sendo 1 para o que MENOS contribuiu e 5 para o que MAIS contribuiu para o seu aprendizado:

- ☐ Fundamentos do monitoramento e avaliação
- ☐ Importância do monitoramento e avaliação das ações de saúde na Atenção Primária
- ☐ Indicadores e metas relacionadas às condições crônicas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Matriz para o monitoramento das metas pactuadas na Atenção Primária à Saúde
- ☐ Plano para operacionalização das metas pactuadas

2.26 Como você avalia a aplicabilidade dos assuntos abordados na oficina VI em seu processo de trabalho?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

BLOCO 3. APLICABILIDADE

3.1 Como você avalia a contribuição das Oficinas de Planificação da APS para a SUA qualificação profissional?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.2 Após a conclusão das oficinas de Planificação, como você avalia o alcance do objetivo geral da Planificação?

Objetivo geral: “Apoiar a indução da organização da Atenção Primária à Saúde (APS), disponibilizando ferramentas e estratégias de programação e organização do processo de trabalho das equipes, bem como a integração entre os diversos pontos e níveis de atenção”.

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.3 Qual o seu grau de satisfação com relação a qualificação do processo de trabalho da SUA EQUIPE ao final do processo de Planificação?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

3.4 Como você avalia a SUA capacidade de colocar em prática os assuntos abordados durante o processo de Planificação da APS?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

3.5 Como você avalia a capacidade de SUA EQUIPE em elaborar um plano de intervenção da APS, após as atividades de dispersão da Planificação?

☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

Figura 1. Instrumento final validado. Porto Alegre, RS, Brasil. 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 - Instrumento preliminar de avaliação das oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde no RS (Coordenação Estadual da Atenção Básica - SES/RS)

Prezado(a),

sua avaliação é fundamental para qualificarmos cada vez mais o processo de Planificação da APS, afinal é a partir da sua opinião e dos demais envolvidos, que conseguimos definir os formatos, métodos e arranjos mais adequados para que você se interesse, aprenda e goste desse momento, tornando-o potente, para que mudanças aconteçam no seu cotidiano de trabalho e na saúde da sociedade! Neste sentido, te pedimos que preenchas os campos abaixo:

Município: _____

Categoria Profissional: _____

Atuação (ESF, UBS tradicional, EACS, NASF, UPA, Gestão, etc.): _____

1. Qual a sua satisfação geral com relação ao processo de Planificação da APS?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

2. Quantos dias você acha que seriam necessários para a realização de cada oficina?

☐ Um ☐ Dois ☐ Três ☐ Outro: _____

3. Como você avalia o número de oficinas (seis)?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

4. Liste os 3 assuntos abordados ao longo da Planificação que você achou mais pertinentes para o seu processo de trabalho, em ordem de importância: 1º) _____

2º) _____ 3º) _____

5. Quais temas, na sua opinião, poderiam NÃO ter sido abordados: _____

6. Numere, de 1 a 6, as oficinas que MAIS contribuíram para a mudança ou qualificação do seu processo de trabalho e de sua equipe, sendo 1 a que mais contribuiu e 6 a que menos contribuiu. Se você não participou de alguma das oficinas, assinale-a com "X".

☐ As Redes de Atenção à Saúde

☐ Atenção Primária à Saúde

☐ Territorialização em Saúde e Vigilância em Saúde

☐ A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde e Organização da Atenção à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde

☐ Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde e Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento

☐ A Organização da Assistência Farmacêutica e A Contratualização das Equipes de APS

Justifique a sua escolha pela oficina que mais contribuiu e a que menos contribuiu: _____

7. Como você avalia as tarefas de dispersão?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

8. Liste as 3 atividades de dispersão que mais contribuíram para a qualificação do seu trabalho e da sua equipe, em ordem de importância: _____ Por quê? _____

9. Na sua opinião, alguns temas poderiam ser abordados através de ensino à distância?

☐ Sim ☐ Não Se sim, quais? _____

10. Você percebeu mudanças no seu processo de trabalho ou de sua equipe a partir da participação nas Oficinas de Planificação?

☐ Sim ☐ Não Se sim, quais? _____

11. Como você avalia a participação do gestor do seu município na Planificação da APS?

☐ Muito satisfeito ☐ Satisfeito ☐ Indiferente ☐ Insatisfeito ☐ Muito Insatisfeito

Por quê? _____

ANEXO 2 - Roteiro para primeira rodada de validação de conteúdo (Coluci et al, 2015)

INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para realizar a avaliação do conteúdo do **Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde**, serão desenvolvidas duas fases: avaliação dos blocos e avaliação dos itens.

1. AVALIAÇÃO DOS BLOCOS:

Solicitamos que avalie, primeiramente, os blocos do instrumento. Verifique se a estrutura e o conteúdo de cada bloco estão adequados, se os conteúdos são representativos e se estão apropriados aos respondentes. Portanto, considere o conceito de abrangência conforme descrito abaixo na sua avaliação:

Abrangência: verificar se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens.

Durante essa fase, você poderá sugerir a inclusão ou exclusão de itens nos blocos e opinar se os itens realmente pertencem ao bloco correspondente.

BLOCO 1: ESTRUTURA

Cada item do bloco 1 realmente expressa seu conteúdo

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Comentários: _____

Os itens do bloco 1 devem permanecer nesse bloco

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Comentários: _____

(Essa avaliação será realizada para cada um dos três blocos do questionário)

2. AVALIAÇÃO DOS ITENS:

Na segunda etapa, solicitamos que avalie cada item separadamente, considerando os conceitos de clareza e pertinência/representatividade conforme descrito:

Clareza: avaliar a redação dos itens, ou seja, se eles foram redigidos de forma compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir;

Pertinência ou representatividade: verificar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos.

Utilize a escala sobre concordância para avaliar estes critérios, assinalando o campo correspondente. Abaixo de cada escala há espaço para que possam redigir sugestões para melhorar o item, sugerir inclusão e/ou eliminação de itens ou fazer comentários.

Questões - BLOCO 1 ESTRUTURA

1. Qual a sua satisfação geral com relação ao processo de Planificação da APS?

O item 1 do instrumento é claro, está compreensível

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Comentários: _____

O item 1 é representativo ao conceito explorado, é relevante

CONCORDO	NÃO CONCORDO

Comentários: _____

(Essa avaliação será realizada para cada item dos três blocos do questionário)

ANEXO 3 - Roteiro para segunda rodada de validação de conteúdo (Coluci et al, 2015)

INSTRUÇÕES PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Para realizar a avaliação do conteúdo do instrumento **Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde**, pedimos que avalie o título, o formato (layout), e o escore do instrumento (cálculo e classificação), considerando os conceitos de clareza e pertinência/representatividade conforme descrito:

Clareza: *avaliar a redação dos itens, ou seja, se eles foram redigidos de forma compreensível e se expressam adequadamente o que se espera medir;*

Pertinência ou representatividade: *verificar se os itens realmente refletem os conceitos envolvidos, se são relevantes e, se são adequados para atingir os objetivos propostos.*

Em seguida, avalie cada item, cada bloco e o instrumento como um todo, determinando sua abrangência:

Abrangência: *verificar se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens e se todas as dimensões foram incluídas.*

Utilize a escala de 1 a 4 para avaliar estes critérios, assinalando o campo correspondente. Abaixo de cada escala há espaço para que possam redigir sugestões ou fazer comentários.

I. Avalie o título quanto à clareza (verificar se expressa adequadamente o que se espera medir). **TÍTULO: Instrumento de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde**
O título do instrumento é claro e expressa a medida?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários:

II. Avalie o formato (*layout*) quanto à clareza (verificar se o formato é compreensível) e à adequação.

O formato do instrumento?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários:

III. Avalie a classificação desenvolvida para análise do escore quanto à clareza (verificar se está compreensível e se expressa adequadamente o que se espera medir) e à representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos). **ANÁLISE DO ESCORE:** () Muito satisfeito () Satisfeito () Indiferente () Insatisfeito () Muito Insatisfeito

A classificação baseada no escore é clara?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários:

A classificação baseada no escore é representativa, é relevante?

1 = não representativa	
2 = necessita grande revisão para ser representativa	
3 = necessita pouca revisão para ser representativa	

4 = Representativa	
--------------------	--

Comentários:

IV. Avalie cada bloco do instrumento considerando a abrangência (se cada bloco foi adequadamente representado pelo conjunto de itens).

BLOCO 1 ESTRUTURA

O bloco 1 é abrangente?

1 = não representativa	
2 = necessita grande revisão para ser representativa	
3 = necessita pouca revisão para ser representativa	
4 = Representativa	

Comentários:

(Essa avaliação será realizada para cada um dos três blocos do questionário)

V. Avalie cada item quanto à clareza (verificar se a redação está correta, se a redação permite compreender o conceito e se expressa adequadamente o que se espera medir) e à representatividade (notar se há relação com os conceitos envolvidos, se é relevante e se atinge os objetivos propostos).

QUESTÕES - Bloco 1:

1. Qual a sua satisfação geral com relação ao processo de Planificação da APS?

O item 1 do instrumento é claro, está compreensível?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários:

O item 1 é representativo ao conceito explorado, é relevante?

1 = não claro	
2 = pouco claro	
3 = bastante claro	
4 = muito claro	

Comentários:

(Essa avaliação será realizada para cada item dos três blocos do questionário)

VI. Avalie o instrumento COMO UM TODO, ou seja, todos os domínios, considerando a abrangência (verificar se todas as dimensões foram incluídas).

O instrumento é abrangente?

1 = não representativa	
2 = necessita grande revisão para ser representativa	
3 = necessita pouca revisão para ser representativa	
4 = Representativa	

Comentários:

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação de um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador: ALISIA HELENA WEIS PELEGRINI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75118417.7.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.315.768

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS), primeiro nível de atenção, deve ordenar a rede e coordenar o cuidado, formando relações entre os pontos de atenção, a partir das necessidades em saúde de uma população. No estado do Rio Grande do Sul, as Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde, realizadas através de parceria da Secretaria Estadual da Saúde com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, promovem a implementação de ações e estratégias que visam aprimorar o processo de trabalho das equipes de APS. Tais oficinas preveem a construção coletiva de conhecimentos e a apropriação de conceitos e ferramentas que instrumentalizam a realidade dos participantes. No entanto, não foram encontrados na literatura instrumentos específicos para a avaliação do processo de Planificação. Desse modo os objetivos do estudo são construir e validar um instrumento para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul e descrever os critérios de construção, validação de conteúdo e aparência de um instrumento para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo metodológico, no qual o instrumento elaborado pelas autoras será avaliado por um comitê de especialistas utilizando a técnica Delphi, através de roteiros de avaliação. Como medidas para avaliar o grau de concordância do instrumento, serão utilizados o percentual de concordância e o Índice de Validade de Conteúdo. A construção do

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.315.768

instrumento tem por intuito colaborar com uma avaliação mais sistêmica da Planificação da APS, apoiar a tomada de decisão dos gestores estaduais em relação ao processo de Planificação, bem como possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado em Rede.

Objetivo da Pesquisa:

Construir e validar um instrumento de avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul. Descrever os critérios de construção, validação de conteúdo e aparência de um instrumento para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os autores:

Riscos:

O estudo implica riscos mínimos aos participantes decorrentes do constrangimento em qualquer uma das etapas da coleta de dados. As pesquisadoras se comprometem em preservar as informações garantindo sigilo e anonimato.

Benefícios:

Os benefícios do estudo são: promover um conjunto de reflexões capazes de apoiar a tomada de decisão dos gestores estaduais em relação ao processo de Planificação no Estado do RS, proporcionar uma maior compreensão do processo de trabalho das equipes de APS e possibilitar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde voltadas ao cuidado em Rede.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está adequado e contempla informações que suportam a teoria a ser testada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória adequados.

Recomendações:

Recomenda-se aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado para ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Data de início da coleta: 06/11

Data de finalização do trabalho: 28/06/18

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.315.768

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_982971.pdf	25/08/2017 17:12:09		Aceito
Outros	termo_compromisso.pdf	25/08/2017 17:08:32	TAINA NICOLA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_consentimento.pdf	25/08/2017 17:07:53	TAINA NICOLA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	23/08/2017 13:04:43	TAINA NICOLA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/08/2017 12:59:11	TAINA NICOLA	Aceito
Outros	Termo_de_autorizacao.pdf	22/08/2017 17:45:52	TAINA NICOLA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	22/08/2017 17:44:01	TAINA NICOLA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia.pdf	22/08/2017 17:43:46	TAINA NICOLA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	22/08/2017 17:43:24	TAINA NICOLA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 05 de Outubro de 2017

Assinado por:

Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmiento Leite ,245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO 5 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) voluntariamente a participar da pesquisa: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.**

OBJETIVO E PROCEDIMENTO: O objetivo é construir e validar um instrumento para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde. 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 encaminhado através de formulário eletrônico, auto aplicado e individual. Esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar o processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: 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 das coletas das informações.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão publicados de forma anônima. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado, havendo a codificação de seu nome para um código que sinalize as informações coletadas. Uma cópia deste consentimento informado será mantida em poder das pesquisadoras e a outra de mesmo teor permanecerá contigo.

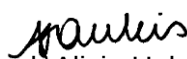
CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO(A) PARTICIPANTE:

Declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão de não participar se assim o desejar. A Professora Orientadora Alisia Helena Weis, certifica-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvida poderei entrar em contato pelo telefone (51)982321802 e caso eu tenha dúvidas sobre os meus direitos de participante da pesquisa posso também entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) (51)33038840. O endereço das pesquisadoras situa-se à Rua Sarmento Leite, 245, Porto Alegre/RS; CEP 90050-170. Declaro que concordo em participar desse estudo. Foi oportunizado ler e esclarecer as minhas dúvidas. A concordância ou não com o conteúdo é uma condição essencial para a abertura das páginas subsequentes do questionário. O Termo será armazenado na plataforma eletrônica.

() ACEITO PARTICIPAR

() NÃO ACEITO PARTICIPAR


Pesquisadora responsável: Alisia Helena Weis

ANEXO 6 - Termo de Anuência



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

ANEXO 2 - TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO SETOR OU INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA.

Título do projeto de Pesquisa

Construção e validação de um instrumento para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

Eu, **Rebel Zambrano Machado**, responsável pelo setor/instituição Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, tenho ciência do protocolo/projeto de pesquisa acima citado, desenvolvido por (pesquisador responsável) **Tainá Nicola**, dos objetivos e metodologia a ser utilizada, concordando com a realização da pesquisa neste local.

Data 21/08/2017


Assinatura do responsável pelo
setor/instituição

Rebel Zambrano Machado
Secretaria Adj. do DAS/SES/RS
CPF: 1472720

Carimbo

ANEXO 7 - Termo de Autorização



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

APÊNDICE 3 - TERMO DE AUTORIZAÇÃO

A Coordenação Estadual da Atenção Básica vinculada ao Departamento de Ações em Saúde da Secretaria Estadual da Saúde/RS, declara para os devidos fins, que está ciente e autoriza a servidora **Tainá Nicola**, o acesso e a utilização do instrumento preliminar de avaliação da Planificação da Atenção Primária à Saúde, utilizado nas regiões de saúde 01 e 02, como embasamento para sua pesquisa: **“Construção e validação de um instrumento para avaliação do processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde no estado do Rio Grande do Sul”**, sob a orientação da ProfªDra. Alisia Helena Weis e realizada através da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 e complementares, comprometendo-se a mesma a utilizar o instrumento supracitado, exclusivamente para os fins científicos e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades. Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Porto Alegre, 21/08/2017

Coordenadora Estadual da Atenção Básica
Coordenação Estadual da Atenção Básica
Departamento de Ações em Saúde
Secretaria Estadual da Saúde/RS

Raissa Barbieri Ballejo Canto
Coordenação Estadual da
Atenção Básica-ESF/SES
ID 4228073