

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA CRUZ DO SUL: Método de Estudo

Graziela Meneghelli Cebrelli Pletsch¹, Liane Teresinha Schuh Pauli², Rafael Luiz Doncatto³, Vilmar Fontanive Junior³, Margarida da Silva Mayer⁴, Fúlvio Borges Nedel⁵

RESUMO

Introdução: A organização do primeiro nível de atenção à saúde, segundo os princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), melhora a capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos. Para tanto, são necessários estrutura e processo de trabalho adequados, cuja avaliação deve ser utilizada pela gestão em saúde. **Objetivo:** apresentar o problema e discutir o método de coleta de dados de duas pesquisas de avaliação da APS. **Método:** descrição passo a passo da confecção dos questionários, seleção e capacitação dos entrevistadores, coleta de dados, controle de qualidade, dificuldades e soluções encontradas. **Resultados:** Os instrumentos de coleta foram bem compreendidos pelos entrevistados e puderam ser aplicados sem grandes problemas; poucas adaptações foram necessárias em virtude dos horários dos entrevistadores e participantes. **Conclusão:** O conjunto de informações deste artigo pode ser utilizado para orientar novos pesquisadores na área da saúde e suas considerações são úteis para evitar possíveis dificuldades encontradas pelos mesmos.

Palavras-Chave: atenção primária à saúde; técnicas de pesquisa; coleta de dados.

EVALUATION OF PRIMARY CARE IN SANTA CRUZ DO SUL: Study Method

ABSTRACT

Introduction: Organizing first level of health care on the basis of Primary Health Care (PHC) principles and attributes increases capacity in facing individual and collective health problems. That requires adequate structure and working processes, which should be evaluated in order to inform public health management. **Objective:** to present the investigative problem and to discuss data collection method of two evaluation researches of PHC. **Method:** A step-by-step description of the confection of the questionnaires, selection and training of interviewers, data collection, quality control, difficulties and solutions found. **Results:** Data collection instruments were well understood by interviewees and they could be applied without important problems, and only some adaptations were necessary due to the schedule of the interviewers and the participants. **Conclusion:** The set of informations presented article can be used to feed new researchers in the health field and its considerations are useful to avoid possible difficulties found by them.

Keywords: primary health care; investigative techniques; data collection.

INTRODUÇÃO

¹Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – UNISC – GRAAL. Santa Cruz do Sul, RS. E-mail: gracabrelli@hotmail.com

²Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde. Departamento de Enfermagem e Odontologia – UNISC. Santa Cruz do Sul, RS.

³Acadêmico de Medicina GRAAL – UNISC. Santa Cruz do Sul, RS.

⁴Curso de Fisioterapia. Núcleo de Saúde Coletiva. PET Saúde - Saúde da Família. UNISC. Santa Cruz do Sul, RS.

⁵Curso de Medicina, Universidade de Santa Cruz do Sul- UNISC, Santa Cruz do Sul, RS.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modo de organização da atenção no primeiro nível de assistência do sistema de saúde. Teve suas origens em meados da década de 1970, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a propôs como estratégia para alcançar a “Saúde Para Todos no ano 2000” com o intuito de melhorar os indicadores populacionais de saúde, através do uso mais eficiente, eficaz e menos iatrogênico dos recursos sanitários.^{1,2}

A APS é um meio de melhorar a qualidade de saúde da população, através do aumento da capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos e da equidade na utilização dos serviços, com a oferta de serviços integrais e contínuos, sendo o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e das comunidades com o sistema nacional de saúde.^{1,2}

Entre as ações pretendidas pela APS está a resolução de aproximadamente 85% dos problemas de saúde, com atuação na prevenção, cura e reabilitação de doenças e agravos e na promoção da saúde, incluindo a saúde da mãe e da criança e a imunização contra doenças infecciosas.¹

Para que a APS possa alcançar seus objetivos, são necessários uma estrutura e um processo de trabalho adequados, que devem ser oferecidos (estrutura) e promovidos (processos) pelo gestor do sistema e gerentes dos serviços de saúde.³

Para Donabedian (1997), a estrutura se refere aos recursos humanos, materiais e organizacionais; o processo, a tudo que envolve a relação profissional-usuário; e o resultado, ao produto final das ações desenvolvidas e à modificação do estado de saúde do indivíduo e da comunidade.⁴

Alguns indicadores são utilizados pelo Ministério da Saúde (MS) e por pesquisadores do mundo todo para avaliar a APS. Entre eles estão as hospitalizações por CSAP (Condições Sensíveis à Atenção Primária)⁵ e a cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano.⁶

Para avaliar aspectos da estrutura e processos de trabalho na APS, em Santa Cruz do Sul, RS, e testar sua associação com as taxas de hospitalização por CSAP no município, foi realizado um estudo transversal na forma de inquérito aos trabalhadores da Atenção Básica do município. Aliada a este estudo foi, desenvolvida uma pesquisa para avaliar a APS por meio da cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.

O objetivo deste artigo é descrever e discutir o método de coleta de dados de estrutura e processo de trabalho das pesquisas citadas acima, incluindo a confecção do questionário, seleção e capacitação dos entrevistadores, coleta de dados, controle de qualidade e dificuldades encontradas.

MÉTODO

Santa Cruz do Sul é um município do interior do estado do Rio Grande do Sul com aproximadamente 118 mil habitantes. O município integra o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)⁷; 27% de sua população é atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF) e 20% pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Em Santa Cruz do Sul, o PET-Saúde/Saúde da Família (PET-Saúde/SF), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e à Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), visa desenvolver a capacidade dos alunos dos cursos da área da saúde para atuar na APS, junto à comunidade e em especial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além da atuação direta nas UBS, os alunos são incentivados a desenvolver projetos de pesquisa e artigos científicos voltados à APS.

No ano de 2010, o projeto “Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Santa Cruz do Sul: taxas e fatores associados”, desenvolvido como parte das atividades do PET-Saúde/SF, coletou informações sobre estrutura e processos de trabalho na APS no município. Aliado a este estudo está o projeto “Avaliação da Atenção Básica por meio da

cobertura vacinal em Santa Cruz do Sul”, que utiliza em uma etapa de suas análises informações coletadas no projeto do PET Saúde/SF, além de outras específicas sobre vacinação.

Ambas partem de um problema semelhante: saber qual dos modelos de APS, “Tradicional” ou PSF, obtém melhores resultados, medidos pela taxa de hospitalização por CSAP ou pela taxa de cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade. Os dois projetos de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC (protocolo nº 41472 e protocolo nº 2679/10).

Estrutura e processo de trabalho na APS: entrevista aos trabalhadores

Para compor a população do estudo da pesquisa, foram selecionados para entrevista todos os trabalhadores da APS de Santa Cruz do Sul registrados na Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Uma lista com os nomes dos funcionários (n=288) foi fornecida pela SMS. Como critério de inclusão, o funcionário deveria fazer parte do quadro de funcionários no primeiro dia da coleta de dados. Não houve critério de exclusão; funcionários em férias ou licença foram entrevistados após o retorno ao trabalho.

Iniciou-se uma fase de discussão do questionário a ser utilizado, proposto a partir de outro já utilizado em estudo anterior⁸, por sua vez baseado em questionários utilizados para avaliação do PROESP⁷. Neste processo, o grupo decidiu entrevistar todos os trabalhadores da APS, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do PACS. Posteriormente, foram definidos os grupos de coleta e a função de cada participante. Todos os participantes estariam aptos a serem entrevistados após passarem pela etapa de capacitação.

A capacitação foi conduzida pelo coordenador da pesquisa (Nedel) e pela coordenadora da coleta de dados (Pletsch), que elaboraram um manual do entrevistador com explicações gerais aos entrevistadores sobre a forma de abordar o entrevistado e conduzir a entrevista, bem como explicações específicas sobre cada questão e forma de codificá-las. O grupo foi dividido em dois para a realização da capacitação devido à dificuldade em conciliar os horários de todos os estudantes. Cada grupo participou de dois dias de capacitação. Entre o primeiro e o segundo dia de capacitação de cada grupo houve uma diferença de cinco dias, para que os participantes pudessem ler o manual do entrevistador detalhadamente e tirar possíveis dúvidas durante o próximo encontro. Todos receberam uma cópia impressa do questionário e do manual do entrevistador.

Durante os dois encontros, cada questão foi lida e discutida cuidadosamente e as dúvidas surgidas inicialmente foram esclarecidas. Foi realizada uma dinâmica de simulação de entrevistas, em que cada participante alternava a função de entrevistador e entrevistado. Assim todos puderam treinar desde a abordagem do entrevistado, passando pela entrevista e concluindo com a codificação das respostas.

Após a capacitação, os grupos de coleta formados, num total de sete, sendo seis compostos por alunos e preceptores (trabalhadores das UBS responsáveis pelo acompanhamento dos alunos nas atividades do PET-Saúde/SF) e um formado pelos pesquisadores, dividiram as UBS pelas quais ficariam responsáveis. Como algumas preceptoras são chefes de UBS do município, foi tomado o cuidado de não designá-las para supervisionar a coleta em seus locais de trabalho, evitando, assim, que os funcionários se sentissem inibidos ou pressionados a participar da pesquisa. As UBS mais distantes ou de difícil acesso, geralmente na área rural, ficaram sob responsabilidade do grupo formado pelos pesquisadores.

Antes de iniciar a coleta de dados, o coordenador da pesquisa, em conjunto com representantes da Secretaria Municipal de Saúde do município, enviou uma carta de apresentação da pesquisa a todas as UBS para que os funcionários pudessem estar cientes da mesma. Além disso, responsáveis por cada grupo de entrevistadores entraram em contato com os responsáveis pelas UBS e organizaram uma agenda para a coleta de dados.

Durante a visita para realização das entrevistas, eram explicados aos funcionários os objetivos da pesquisa e todos que aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Somente se considerou recusa após três tentativas de entrevista, feitas por

pessoas diferentes em horários distintos e necessariamente numa das vezes pelas supervisoras da coleta (preceptoras do PET-Saúde/SF).

Todas as fases da coleta de dados foram acompanhadas pela coordenadora da coleta, que ficou disponível para esclarecimento de dúvidas. Além disso, foi feita uma supervisão de campo, com visitas da coordenadora aos locais das entrevistas de todos os grupos.

Os bolsistas de iniciação científica ficaram responsáveis pela impressão dos questionários. Os questionários impressos eram entregues à coordenadora da coleta de dados, que os numerava e preenchia os espaços correspondentes ao nome da UBS, telefone e modelo de atenção (“Tradicional” ou PSF), além de codificar os respectivos campos.

A seguir, os questionários eram colocados em pastas identificadas com os nomes das UBS e entregues às preceptoras, que as entregavam aos entrevistadores. A coleta de dados contou com trinta entrevistadores, entre alunos, preceptoras e pesquisadores. Após a realização das entrevistas, os entrevistadores levavam os questionários respondidos para serem codificados em casa. A coluna da direita, no questionário, era utilizada especificamente para a codificação (Figura 1).

Após a codificação das respostas, os questionários eram devolvidos às preceptoras, que conferiam se todos os campos da codificação estavam preenchidos. Caso algum não estivesse, o questionário era devolvido ao entrevistador para fazê-lo. Os questionários eram a seguir entregues à coordenadora da coleta de dados, que conferia se cada resposta estava codificada correta e consistentemente. Caso houvesse erros ou inconsistências, os questionários eram devolvidos aos entrevistadores, durante reunião semanal de acompanhamento da coleta de dados ou conforme disponibilidade dos mesmos, para que estes pudessem corrigi-los, procurando novamente o entrevistado, caso necessário.

Sanados todos os erros e inconsistências, os questionários eram digitados. Durante a digitação, algumas inconsistências, não percebidas anteriormente, eram detectadas pelo programa de entrada de dados (Epidata Entry)⁹, e o ciclo de correções, entre coordenadora da coleta de dados, preceptoras, entrevistadores e entrevistados, era feito, até o arquivamento do questionário, juntamente com os termos de consentimento livre e esclarecido preenchidos e assinados por cada entrevistado. O fluxo da coleta de dados é representado na Figura 2.

Todas as etapas descritas foram realizadas concomitantemente, de forma que entre a data da entrevista e a digitação dos dados não houve diferença maior que uma semana.

A coleta de dados teve início em 10 de novembro e se estendeu até 15 de dezembro de 2010. Apenas as entrevistas com funcionários que se encontravam de férias ou em licença (sete) neste período foram realizadas em 2011.

Estrutura das salas de vacina das UBS: entrevista às coordenadoras e observação

Nesta etapa, apenas as responsáveis pelas UBS foram entrevistadas. A coordenadora da ESF e a das UBS “Tradicionais” do município forneceram os nomes e respectivos telefones das responsáveis por cada UBS e enviaram um ofício comunicando a estas funcionárias os objetivos da pesquisa.

O questionário foi elaborado pela investigadora principal da pesquisa, a partir da legislação vigente sobre Atenção Básica³, RDC 50¹⁰ e Manual de Procedimentos para Vacinação¹¹.

Como esta etapa da coleta foi realizada apenas pela investigadora principal, esta entrou em contato com as responsáveis pelas UBS para marcar data e horário mais apropriado para cada entrevista. Além da entrevista com a responsável, algumas questões foram respondidas através da observação direta da sala de vacinas pela investigadora principal, que, após a entrevista, pedia licença para fazer as demais observações e medições. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas começaram em 17 de novembro e encerraram em 02 de dezembro de 2010. O digitador foi capacitado por um dos autores desta pesquisa (Nedel), na ocasião da coleta de dados referente à outra pesquisa.

RESULTADOS

Estrutura e processo de trabalho na APS

Quinze funcionários não se encontravam na listagem inicialmente fornecida pela SMS e foram acrescentados à pesquisa. Três sujeitos inicialmente listados não faziam mais parte do quadro de funcionários das UBS e foram excluídos.

Cada funcionário deveria responder a um questionário para cada UBS em que atuasse. Como alguns funcionários trabalhavam em mais de uma UBS, o número de entrevistas foi maior que o número de pessoas a serem entrevistadas.

Dezoito UBS têm mais de um médico, e vários médicos trabalham em mais de uma UBS. Muitos deles se recusaram a responder mais de uma vez ao questionário. Sendo assim, optou-se por selecionar um médico para representar cada UBS. A seleção foi feita da seguinte forma: nas Unidades de Saúde da Família (USF) selecionou-se o médico principal (em um dos casos, pela falta deste, o médico pediatra); nas UBS “Tradicionais”, a seleção foi feita por sorteio aleatório simples. Como isso aconteceu já no andamento da coleta, foram desprezados os questionários de médicos que já haviam respondido mais de uma vez, num total de 20, e ainda 31 questionários em branco que estavam destinados a eles.

Excluíram-se, ainda, os ACS do PACS (58), por referirem o CEMAI como UBS de referência. O técnico volante da ESF não fez parte da pesquisa, por não possuir vínculo formal estabelecido com nenhuma equipe.

Concluídas as exclusões, a população de estudo somou 189 funcionários, dos quais dois (1%) se recusaram a participar da pesquisa. Uma USF estava sem médico contratado no momento da coleta de dados e, portanto, o questionário destinado a ele ficou em branco. Após todo o processo, 186 questionários foram utilizados para análise. A duração média das entrevistas foi de 14 minutos. O número de *missings* nas entrevistas variou entre 0,4 e 2,1%.

Estrutura das salas de vacina das UBS

Nesta pesquisa, foram analisadas todas as UBS de Santa Cruz do Sul que têm sala de vacinação, sendo 12 UBS “Tradicionais” e 10 USF. Além das 22 UBS já citadas, existem na cidade quatro outros locais onde se realiza vacinação e suas particularidades devem ser relatadas para melhor compreensão:

- Serviço Integrado de Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (SIS/UNISC): realiza vacinação de forma gratuita, mas não faz parte da Atenção Básica do SUS. As doses ali realizadas são registradas no Sistema de Informação para Avaliação do Programa de Imunizações (SI-API) Municipal juntamente às doses de outra UBS “Tradicional”.

- Centro Materno Infantil (CEMAI): é um centro de saúde especializado. As doses ali realizadas foram incluídas no modelo “Tradicional” para comparações entre os modelos de atenção.

- Duas clínicas privadas de Santa Cruz do Sul realizam vacinação, no entanto apenas uma delas fornece seus dados ao município. Suas doses são descritas no SI-API Municipal como sendo da Coordenação Central de Imunização e assim como as doses do CEMAI foram incluídas no modelo “Tradicional” para comparações entre os modelos de atenção. As doses disponibilizadas nestas clínicas são adquiridas pelas mesmas, de forma privada.

Os dados coletados dos sistemas de informações do SUS (SIAB, SINASC, SI-API), respectivamente, nascidos vivos e doses por área de Saúde da Família, nascidos vivos no município e doses aplicadas da vacina tetravalente no município, apresentaram uma dificuldade em relação à padronização de períodos e idades, além da atualização dos dados em momentos diferentes, o que, em alguns casos, levou a informações conflitantes que necessitaram ser esclarecidas diretamente com funcionários que fazem a digitação de tais dados. Nenhuma variável apresentou *missing*.

DISCUSSÃO

Apesar de bons textos orientadores do processo de coleta de dados¹⁶, infelizmente são encontrados poucos artigos^{13,15} que tratam dos problemas enfrentados nesse processo, o que dificulta a discussão e o trabalho de pesquisadores iniciantes. A etapa de coleta de dados é parte crucial da pesquisa, pois as técnicas, procedimentos e instrumentos utilizados nessa etapa estão diretamente relacionados com a acurácia e precisão dos resultados.^{12,13}

Na pesquisa quantitativa, que compara frequências, é crucial a padronização na coleta de informações, o que se pode conseguir através da capacitação prévia, incluindo a simulação de entrevistas, e a construção de um manual detalhado de orientações ao entrevistador, bem como a elaboração prévia de planilhas de coleta de dados resultantes da observação direta, como foi feito nos estudos aqui relatados. De outra forma, vieses como o viés do entrevistador, perdas e recusas, perdas de questionários e erros de codificação das respostas se tornam mais frequentes.¹²

Também é importante a verificação de inconsistências, durante o processo de coleta de dados, de forma a facilitar sua correção. Quando esses problemas são percebidos somente na análise dos dados, geralmente a informação é perdida. Durante nossa pesquisa algumas incoerências foram encontradas, a maioria delas relacionada a erros de codificação devidos à inexperiência dos entrevistadores. Entretanto, todas as incoerências identificadas foram prontamente corrigidas, o que sugere a vantagem da revisão dos dados concomitante ao processo de coleta. Também encontramos dificuldades em relação ao horário da realização das entrevistas, pois, como os entrevistadores eram, em sua maioria, estudantes, foi preciso adaptar os seus horários aos horários de funcionamento das UBS e aos horários de trabalho de alguns profissionais liberais, como médicos e odontólogos. Isso fez com que alguns entrevistadores precisassem retornar mais de uma vez a cada UBS.

Um artifício interessante para facilitar a digitação dos dados é o uso da codificação das respostas no próprio questionário, feita pelo entrevistador após as entrevistas do dia.¹⁶ Nesta pesquisa esta técnica se mostrou extremamente eficaz e, por isso, aconselhamos seu uso.

Softwares que limitam a entrada de dados e fazem saltos automáticos programados diminuem em muito a probabilidade de erros na entrada de dados, enquanto a dupla digitação independente dos dados codificados, é uma maneira simples de realizar o controle de qualidade. A validação da dupla digitação, e a correção de possíveis erros pode ser realizada em alguns programas de entrada de dados. Em nossa pesquisa utilizamos o programa EpiData Entry.⁹ Este software é de fácil aprendizagem, livre acesso e possibilita diversas funções, como realização de relatórios descritivos automáticos (*codebook*), junção e concatenação; importação e exportação de dados em diferentes formatos.

Outras maneiras de controlar a qualidade de dados incluem a supervisão direta de um coordenador de coleta de dados e a realização da conferência dos dados através do contato direto com uma porcentagem de entrevistados.

Creemos que, por termos utilizado este método de coleta de dados, conseguimos uma excelente participação dos funcionários das UBS, com apenas 1% de recusas e máximo de 2,1% de *missing* nas variáveis.

Frequentemente se afirma¹⁶ que a pesquisa quantitativa deve ter todos os seus passos definidos previamente e que a alteração de qualquer etapa do método durante a coleta de dados traz um sério risco de inclusão de vieses. Entretanto, uma modificação do método inicialmente proposto na pesquisa de entrevista aos trabalhadores, em função de uma dificuldade enfrentada durante a coleta de dados – a recusa de vários médicos a responderem o questionário repetidas vezes e a consequente opção pela seleção aleatória de um médico por UBS – parece-nos ter sido uma decisão acertada, pois, de outro modo, a porcentagem de recusas nessa categoria profissional poderia gerar um importante viés de (auto)seleção. Ressaltamos que a pesquisa visa avaliar a UBS e, por este motivo, cada profissional deveria responder um questionário para cada UBS em que trabalhasse.

O tempo e esforço dedicados à capacitação dos entrevistadores, formatação do questionário e elaboração do manual do entrevistador parece ter sido fundamental para a qualidade dos dados, uma vez que os instrumentos de coleta de dados foram bem compreendidos pelos entrevistados e puderam ser aplicados sem grandes problemas. Este modelo de pesquisa pode ser utilizado na pesquisa em APS, e as considerações deste artigo são úteis aos novos pesquisadores no enfrentamento de dificuldades semelhantes.

QUESTIONÁRIO	
<p>1. Você estudou até:</p> <p>(0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto (1) Ensino Fundamental (1º grau) completo (2) Ensino Médio (2º grau) incompleto (3) Ensino Médio (2º grau) completo (4) Superior incompleto (5) Superior completo (6) Pós-graduação incompleta (7) Pós-graduação completa</p>	<p>ESCOLA __</p>
<p><i>SE O ENTREVISTADO NÃO TEM ENSINO SUPERIOR COMPLETO, SALTE PARA A QUESTÃO 4</i></p>	
<p>2. Você tem pós-graduação completa, qual?</p> <p>Residência em Medicina de Família e Comunidade / Geral Comunitária / Medicina Preventiva / Saúde da Família / S. Comunitária (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>RSCOM</i> __ Outra residência / prova de título (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>RMOUT</i> __ Especialização acadêmica em Saúde da Família / (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>ESPSF</i> __ Saúde Pública / Comunitária Outra especialização acadêmica (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>POSGRAD</i> __ Mestrado (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>MEST</i> __ Doutorado (0) Não (1) Sim (8) NSA <i>DOUT</i> __</p>	
MANUAL DO ENTREVISTADOR	
<p>1. Você estudou até:</p> <p>Marque a resposta correspondente. Registre o grau de estudo mais avançado que o entrevistado tenha conseguido aprovação. Na codificação, coloque na coluna à direita o código correspondente à resposta.</p> <p style="text-align: center;"><i>SE O ENTREVISTADO NÃO TEM ENSINO SUPERIOR COMPLETO, SALTE PARA A QUESTÃO 4</i></p> <p>Caso o entrevistado não tenha ensino superior completo, você deverá saltar para a questão 4 e marcar a alternativa NSA nas questões 2 e 3, codificando com "8" e "88", respectivamente.</p>	
<p>2. Você tem pós-graduação completa, qual?</p> <p>Leia as alternativas e marque a(s) resposta(s) correspondente(s). Na codificação, coloque na coluna à direita o código correspondente a resposta dada.</p> <p>A pergunta sobre residência deve ser respondida por todos os profissionais de nível superior, mesmo que não sejam médicos.</p>	

Figura 1 - Excerto do Questionário e do Manual do Entrevistador.

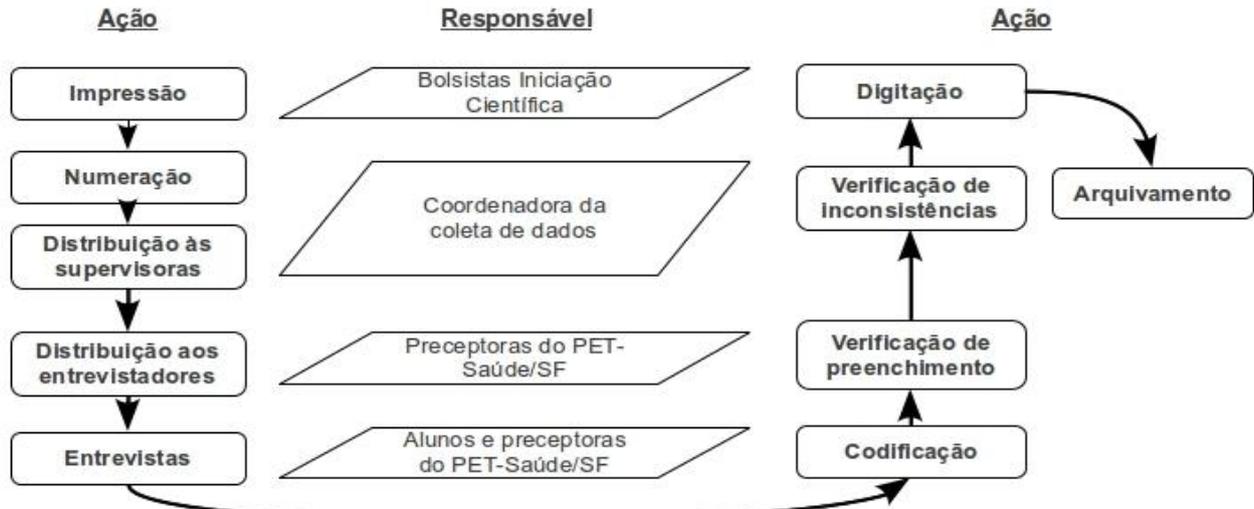


Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados na pesquisa sobre os trabalhadores de saúde

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, em especial às enfermeiras Fernanda Carlin e Vanda Hermes.

À 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, em especial à enfermeira Beanir Lara.

Às preceptoras e aos alunos participantes do PET-Saúde/SF.

A todos os funcionários das UBS, pela colaboração em responder aos questionários.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata. Genebra: Organização Mundial da Saúde (OMS); 1978.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº648, 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). DOU. 61(1), 71, 2006.
4. Donabedian A. The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. Arch Pathol Lab Med. 121, 1145-50, 1997.
5. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saude Publica. 42(6), 1041-52, 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2669/GM, de 03 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. DOU. 212(1), 58, 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/proesf/proesf1.php>>. Acesso em 20 jun. 2011.

8. Nedel FB. Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do programa de saúde da família sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária no Rio Grande do Sul, Brasil [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Departamento de Epidemiologia; 2009.
9. Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. An extended tool for validated dataentry and documentation of data. The EpiData Association, Odense Denmark 2002. (v 3.1). Portuguese version by João Paulo Amaral Haddad(Brazil dialect).
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução - RDC nº50 de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. DOU. 20 de março de 2002.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos para Vacinação. Elaboração de Clelia Maria Sarmiento de Souza Aranda et al. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2001.
12. Rummler G, Spínola AWP. Processos de captação de dados: categorias e tendências na pesquisa brasileira em áreas da saúde. *Physis (Rio J)*. 17(1), 157-72, 2007.
13. Gunther H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão?. *Psicol teor pesqui*. 22(2), 201-10, 2006.
14. Nascimento EM, Gonsales TP, Gimenez-Paschoal SR, Horiguela MLM, Braga TMS. Técnicas de coleta de dados utilizadas em artigos científicos da área da saúde. *Arq Ciências Saude UNIPAR*. 11(1), 39-44, 2007.
15. Figueiredo RMMD. Observações antropológicas em uma pesquisa quantitativa. *Saúde Cultura e Sociedade*. 1995.
16. Barros FC, Victora CG. Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários. 3 ed. São Paulo: HUCITEC; 1998.

Recebido em Fevereiro de 2012

Aceito em Fevereiro de 2012

Publicado em Março de 2012
