

Gestión en salud en Brasil: la percepción de gestores y trabajadores de la salud sobre modelo de gestión y aspectos gerenciales.

Management on Brazilian health: perception of health managers and workers about management model and managerial aspects.

*Recibido para Arbitraje: 04/01/2008
Aceptado para Publicación: 17/07/2008*

Nemre Adas Saliba – Coordinadora del Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP.

Suzely Adas Saliba Moimaz - Profesora del Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP.

Patrícia Elaine Gonçalves – Alumna de doctorado Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP.

Daniela Coelho de Lima – Alumna de doctorado Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP.

Joildo Guimarães Santos – Alumno de doctorado Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Facultad de Odontología de Araçatuba – UNESP.

Profa. Adj. Suzely Adas Saliba Moimaz / Patricia Elaine Goncalves

Universidad Estadual Paulista-UNESP – Facultad de Odontología de Araçatuba.

Programa de Postgrado en Odontología Preventiva y Social NEPESCO- Núcleo de Investigación en Salud Colectiva

Departamento de Odontología Infantil y Social, Rua José Bonifácio, 1193 – Caixa Postal 341

CEP 16015-050 Araçatuba – São Paulo – SP – Brasil, Tel: ++55 018 36363250/ Fax: ++55 018 36244890

sasaliba@foa.unesp.br , pattysp03@yahoo.com.br

RESUMEN

Objetivo: Se averiguó la percepción de los gestores y trabajadores de la salud con respecto al modelo de gestión, recursos humanos, materiales, financieros y programas implantados. Este trabajo fue realizado en cinco municipios de pequeño porte del Estado de São Paulo, Brasil, los cuales priorizan la gestión en atención primaria a la salud. **Métodos:** El presente es una investigación cualitativa y cuantitativa, en la cual se aplicó un cuestionario estructurado por medio de entrevistas con gestores y trabajadores de la red pública de salud. **Resultados:** Fueron entrevistados 78 trabajadores de la salud de los cinco municipios. El tiempo promedio de ejercicio en la función de los profesionales fue de 3,6 años, siendo que el trabajo realizado estaba comprendido en el servicio de atención primaria. Referente a los recursos disponibles para atender la demanda de los servicios de salud, la mayoría relató ser insuficientes tanto los recursos humanos (60,5%), como los materiales (37,7%) y los financieros (72,7%). En relación a la Estratégica de la Salud de la Familia (ESF) implantada en esos municipios, fue considerada buena u óptima por el 59,2% de los entrevistados. **Conclusión:** Los recursos fueron considerados escasos, haciendo necesario que los gestores y trabajadores planifiquen mejor la

ocupación de esos cargos, para minimizar los problemas durante la gestión. La ESF fue considerada un importante instrumento para el fortalecimiento de la Atención Primaria en la Salud.

Palabras-claves: Políticas de Salud, Gestión en Salud, Sistema Único de Salud, Atención Primaria de Salud.

ABSTRACT

Objective: To verify the perception of health managers and workers about managerial model, humans, materials and financiers recourses, and implanted programs. This study was developed on five small load cities of São Paulo State, Brazil, and these cities prioritize management on health basic care. **Methods:** this study is a qualitative and quantitative research and for this, a questioner semi-structured was applied by the interview form with managers and workers of health public system. **Results:** just 78 health workers (n=78) from the five cities were interviewed. The medium time of function exercise of these professionals was 3,6 years, but the realized work was comprised on primary care service. About recourses available to attend the demand of health services, the majority related to be insufficient the human recourses (60,5%), material recourses (37,7%) and financier recourses (72,7%). About Family Health Strategy (FHS) implanted on theses cities, was considered good or excellent by 59,2% of interviewed people. **Conclusion:** the recourses were considered deficient, needing of managers and workers, with better planning to occupation of theses functions, to reduce the problems during management. The FHS was considered an important instrument for the fortification of Health Basic Care.

Key words: Health Politic, Health Management, Brazilian Health System, Primary Health Care.

RESUMO

Objetivo: Foi averiguar a percepção dos gestores e trabalhadores da saúde a respeito do modelo de gestão, recursos humanos, materiais e financeiros e programas implantados. Este trabalho foi desenvolvido em cinco municípios de pequeno porte do Estado de São Paulo, Brasil, os quais priorizam a gestão em atenção básica à saúde. **Métodos:** Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, para tal aplicou-se um questionário semi-estruturado por meio de entrevistas com gestores e trabalhadores da rede pública de saúde. **Resultados:** Foram entrevistados 78 trabalhadores da saúde dos cinco municípios. O tempo médio de exercício na função desses profissionais foi de 3,6 anos, sendo que o trabalho realizado estava compreendido no serviço de atenção primária. Referente aos recursos disponíveis para atender a demanda dos serviços de saúde, a maioria relatou ser insuficientes os recursos humanos (60,5%), materiais (37,7%) e financeiros (72,7%). Em relação à Estratégica da Saúde da Família (ESF) implantada nesses municípios, foi considerada boa ou ótima por 59,2% dos entrevistados. **Conclusão:** Os recursos foram considerados escassos, necessitando dos gestores e trabalhadores, um melhor planejamento para ocupação desses cargos, para minimizar os problemas durante a gestão. A ESF foi considerada um importante instrumento para o fortalecimento da Atenção Básica na Saúde.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, la salud fue instituida por medio de la Constitución Federal de 1988 como un derecho de todos y deber del Estado, y ésta es administrada por el Sistema Único de Salud (SUS)¹. Este sistema es formado por el conjunto de todas las instituciones públicas, federales, estatales y municipales, por las fundaciones mantenidas por el poder público y demás unidades privadas admitidas, de forma complementaria, y tiene por objetivo universalizar, de manera ecuánime, integral y gratuita, los servicios de salud para toda la población brasileña. Por tanto, ese sistema detiene dos grandes grupos de funciones gerenciales: una desarrollada en las unidades de producción de servicios y otra, en las instancias de comando y coordinación de ámbito institucional, en cada esfera del gobierno (Unión, Estados y Municipios). Es también garantizado por el sistema el control social, con la participación de la comunidad por medio del Consejo de Salud².

El modelo de atención consiste en prácticas y acciones desarrolladas en determinada área, siendo que en el área de la salud en Brasil, el SUS prioriza la atención primaria, la cual fomenta acciones de salud dirigidas para el individuo y colectivo, que involucran la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la manutención de la salud³.

Para que este modelo sea actuante, el Pacto por la Salud establecido por las tres esferas del gobierno, específicamente los pactos en defensa y de gestión del SUS, defienden acciones concretas y articuladas por las tres instancias federativas en el sentido de reforzar el SUS como una política de gobiernos; y defender vigorosamente, los principios basados de esa política pública, que estimula la movilización social, extrapolando los límites del sector y vincula al proceso de institución de la salud como derecho de ciudadanía, teniendo el financiamiento público de la salud como uno de los puntos centrales. Además, da énfasis a la descentralización de atribuciones del Ministerio de la Salud para los estados, y para los municipios, ocurriendo un choque de descentralización, acompañado de la desburocratización de los procesos normativos, o sea, el municipio es co-responsable por la gestión de la salud. Refuerza también la territorialización de la salud como base para la organización de los sistemas, estructurando las regiones sanitarias e instituyendo Colegios de gestión regional⁴.

Además, como fortalecimiento de este modelo de atención se creó e implantó desde 1993, en Brasil, la Estratégica Salud de la Familia, que consiste en un equipo multiprofesional responsable por, a lo más, 4.000 habitantes, siendo el promedio recomendado de 3.000 habitantes, y compuesta por, al menos, médico, enfermero, auxiliar de enfermería o técnico de enfermería y agentes comunitarios de salud³. Actualmente, la Estratégica Salud de la Familia está implantada en 5131 de los 5564 municipios brasileños⁵. La expansión se debe principalmente a que el programa es incentivado por el Ministerio de la Salud, que da un aporte financiero directamente para el municipio como complemento de la manutención del programa.

Por eso, para analizar el sistema de salud se debe observar la lógica de su estructura y su funcionamiento, bien como las articulaciones institucionales que presenta, averiguando la población atendida, el modelo asistencial implantado y las formas de financiamiento adoptadas⁶. Por eso, es importante la evaluación de la percepción de trabajadores de salud sobre la administración del sistema local de salud.

El Objetivo de este estudio fue averiguar la percepción de los gestores y trabajadores de la salud en cinco municipios del Estado de São Paulo con respecto al modelo de gestión, recursos humanos, materiales y financieros además de los programas implantados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó este estudio con todos los profesionales de la salud (gestores, coordinadores y trabajadores de la salud) de cinco municipios de pequeño porte de la región noroeste del Estado de São Paulo (Piacatu, Santópolis do Aguapeí, Clementina, Bilac e Gabriel Monteiro). Éstos detienen una población estimada de 2.804; 4651; 3807; 5564 y 6281 habitantes respectivamente⁷, y pertenecen al Departamento Regional de Salud – DRS-II, regional de Araçatuba.

El trabajo fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de Araçatuba, siguiendo las directrices éticas de la Resolución 196/96, y sus resoluciones complementarias; bajo el proceso número 2006-02187.

Antes de empezar la investigación se solicitó y fue obtenido de todos los participantes el Término de Consentimiento Libre y Aclarado, en el que el participante tenía acceso a las informaciones y a la importancia de la investigación; así como la garantía de confidencialidad de su identidad y voluntariedad en participar.

Se utilizó como instrumento de recolección de datos, un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas, probado en un estudio piloto con profesionales que no hicieron parte de la investigación, realizado en otro municipio para adecuar el instrumento (para el caso de haber preguntas con doble sentido) y para su correcto empleo durante las entrevistas con todos los participantes. Las variables estudiadas fueron: tipo de trabajo que el profesional realiza (nivel de complejidad), características de la clientela atendida (renta, nivel de instrucción, grupo etario, comportamiento), criterios en cuanto a la atención de la salud de los pacientes, forma de funcionamiento del sistema de referencia (encaminamiento para tratamiento especializado), evaluación cuanto a los recursos materiales disponibles para la atención y sobre la infraestructura física. También fue analizada la percepción de ellos en cuanto a los recursos financieros disponibles para el desarrollo de los programas de salud, disponibilidad de recursos humanos y desarrollo de la Estratégica de Salud de la Familia en el municipio. Fueron solicitadas sugerencias sobre lo que podría hacerse para mejorar la cobertura de acceso de la población a los servicios de salud.

Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadores institucionales calibrados (alumnos del curso de postgrado en Odontología Preventiva y Social de la Universidad Estadual Paulista - UNESP), a fin de que las respuestas fuesen dirigidas al tema de la pregunta, evitando que el sujeto de la investigación se desviase de la misma, o dijese informaciones no pertinentes.

Los datos obtenidos a través de las respuestas cerradas fueron tabulados y analizados por medio del programa Epi Info 2000 versión 6.4⁸, programa para Windows de libre distribución por la Organización Mundial de Salud (OMS). Para eso, cada respuesta presentó un número de identificación que representa un campo en ese banco de datos a ser creado y se puede realizar el levantamiento de las frecuencias y porcentajes. Ya las respuestas de las preguntas abiertas fueron identificadas en categorías cualitativamente, cuanto a su contenido, a partir del Análisis de Contenido Temático preconizado por Bardin⁹, para análisis en profundidad de los contenidos manifestados por los actores sociales involucrados, utilizando como referencial teórico el fenomenológico.

RESULTADOS

Participaron de la investigación 78 profesionales (gestores, médicos, enfermeros, cirujanos-dentistas/coordinadores de salud bucal, fisioterapeuta, fonoaudióloga, auxiliar de enfermería, técnico de enfermería, auxiliar de consultorio odontológico y agente comunitario de salud). El promedio de tiempo de trabajo de esos profesionales en esos cargos fue de 43 meses (3,6 años), siendo que el tiempo de trabajo en la fecha de la investigación varió de 1 mes a 240 meses (20 años).

Todos los entrevistados mencionaron que el trabajo que realizaban estaba comprendido en el servicio de baja complejidad y que los municipios participantes realizaron un consorcio, o sea, un acuerdo entre ellos y con otros municipios más desarrollados para encaminamiento de las necesidades

de salud de pacientes que necesitan de tratamiento especializados comprendidos en la media y alta complejidad. Los profesionales entrevistados relataron que ese consorcio es extremadamente positivo para la solución de esos problemas.

Con relación a las características de la población atendida por los profesionales, son de baja renta (69%), de todas las fajas etarias (84,4%), de baja escolaridad (67,2%) y de buena receptividad (89,4%).

Cuanto a los criterios para la atención de los pacientes que buscan a los servicios de salud, los profesionales relataron que éstos no existían. Los pacientes son encaminados y agendados en su mayoría por los profesionales de la Estratégica Salud de la Familia, principalmente por los Agentes Comunitarios de la Salud. Cuanto a la demanda espontánea que recorre a la Unidad Básica de Salud, entrada del Sistema Único de Salud, es dada prioridad a la atención de los niños, embarazadas y personas mayores, habiendo por lo tanto la "fila de espera".

Una gran parte de los entrevistados (32%) describió que la integración y la intersectorialidad entre los profesionales ocurren por medio de encaminamientos entre los mismos.

Referente a los recursos humanos disponibles para atender la demanda en relación a la salud, la mayoría relató (60,5%) ser insuficiente. El principal problema apuntado por los entrevistados es que hay una gran demanda fluctuante, que ocurre todos los años, debido a la inmigración de familias para la cosecha de la caña-de-azúcar en esa región, pues ahí están localizadas varias usinas de alcohol. Y con esas familias inmigran varios problemas de salud, o sea, el sistema de salud es tomado de sorpresa y no está preparado para atender a esa demanda excedente.

Sobre la evaluación de los recursos materiales disponibles el 37,7% de los entrevistados la consideran insuficiente. No obstante, en relación a las infraestructuras disponibles para la atención pública de la salud el 44,8% clasificaron como regular (Gráfico 1).

GRÁFICO 1

Referente a los recursos financieros disponibles, la mayoría de los entrevistados mencionó que eran insuficientes (72,7%). Los principales problemas apuntados por la insuficiencia de recursos financieros son la carencia de equipo, material y medicamento, así como la mala distribución del presupuesto (36,2%) (Tabla 1).

TABLA 1

Con relación a la Estratégica de la Salud de la Familia (ESF) implantada en esos municipios, fue considerada buena por más de la mitad de los entrevistados (56,3%) (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

Cuando se indagó a los entrevistados sobre qué podría hacerse para mejorar la cobertura y el acceso de la población a los servicios de salud, el 44% recomendó el incremento de los recursos humanos (Tabla 2).

TABLA 2

DISCUSIÓN

En la Constitución brasileña de 1988 la cuestión de la equidad se tomó como igualdad en el acceso a los servicios de salud, una vez que garantizó la universalidad de la cobertura y de la atención, con el propósito de ofrecer oportunidad igual de acceso a los servicios de salud para individuos con las mismas necesidades¹⁰. Sin embargo, hay un consenso general de que los menos privilegiados tenderían a enfermarse más precocemente¹¹. Lo que concuerda con este estudio, pues el 69% de los investigados mencionaron que la población atendida es de baja renta. Según Néri y Soares¹⁰, los individuos más pobres tenderían a solicitar más los servicios de salud por problemas de dolencias, y no por motivo de prevención o exámenes de rutina, como observado en las personas de mayor poder adquisitivo. Otro factor observado por los autores es que las oportunidades de solicitar servicios de salud aumentan a la

misma medida que los individuos adquieren edad y no acumulan años de estudio, lo que también fue relatado por los entrevistados (67,2%) como característica de la población atendida.

El proceso de responsabilidad de los gestores estatales y municipales por la atención integral a sus ciudadanos presupone que la implementación del SUS depende de la compatibilidad de tres principios: la descentralización, con ampliación de la responsabilidad de los municipios bajo la gestión de sus sistemas de salud, la regionalización, con énfasis en la planificación territorial y la jerarquización, por medio de la estructuración de redes asistenciales resolutivas¹², en la búsqueda de superar la fragmentación de las políticas, considerando al ciudadano en su totalidad. Eso exige una planificación articulada de las acciones y servicios¹³. Lo que se observó en este estudio, pues los municipios estudiados realizaron un consorcio (por medio de referencias) con municipios más desarrollados y de gran porte para atender las necesidades de media y alta complejidad, ofreciendo a la población la atención integral.

Cuanto a los recursos humanos, es responsabilidad de la Secretaria Municipal de Salud seleccionar, contratar y remunerar profesionales que componen los equipos multiprofesionales de la Atención Primaria, que incluye la Salud de la Familia. En el sector de servicios, en particular en el sector de la salud, desde hace décadas, la gestión de los recursos humanos se ha presentado como punto crítico, que necesita, por lo tanto, el desarrollo e implementación de políticas públicas de salud dirigidas para esta área¹⁴. En relación a ese tema, lo mismo fue mencionado por los entrevistados en dos momentos de la investigación, que los recursos humanos son insuficientes (60,5%) para la atención de la población, y su aumento sería la solución para mejorar la cobertura y acceso de la población a los servicios de salud (44%), y con eso la disminución de la "fila de espera" para tratamiento, principalmente para los procedimientos especializados.

Referente a los recursos materiales, un 37,7% de los investigados los consideraron como insuficientes y un 44,8% clasificaron la infra estructura como regular. Según la Política Nacional de Primaria Básica³, compete a la Secretaria Municipal de Salud garantizar infraestructura necesaria para el funcionamiento de las Unidades Básicas de Salud, dotándolas de recursos materiales, equipos, e insumos suficientes para el conjunto de acciones propuestas, de forma a garantizar la resolución de la Atención Básica.

Según Merhy¹⁵ sobre la cuestión financiera, que impide los gestores y gerentes de tener recursos disponibles para ofrecer un servicio más bien estructurado, con equipos y servicios según las demandas que les llegan. Ya Mendes y Mendes¹⁶ concluyen que si hay insuficiencia de recursos para el SUS, hay también problemas en su uso y administración. Para los Estados, el Distrito Federal y los Municipios brasileños, en el año de 2004 se estableció la obligatoriedad de aplicación de un porcentual mínimo del 12% para los presupuestos estatales y del 15% para los presupuestos municipales, y aquellos que no cumplieren los límites mínimos establecidos por la Constitución Federal estarán sujetos a las mismas penalizaciones de la Ley de Responsabilidad Fiscal – LRF, que van, desde la retención de las transferencias de la Unión para los Estados y para los Municipios, hasta la intervención de la Unión en el Estado, en el Distrito Federal y en los Municipios y/o de la Unión o de los Estados en los Municipios, bien como la casación de mandatos¹⁷. El criterioso acompañamiento de la aplicación de los recursos vinculados se trata del compromiso ético y profesional con la construcción del SUS¹⁸.

Faveret¹⁸ en su investigación a partir de datos del Sistema de Informaciones sobre Presupuestos Públicos en Salud Brasileños (Siops) y de la Secretaría Ejecutiva, los dos del Ministerio de la Salud, observó que los recursos destinados a los servicios públicos de salud, sumaron en 2000, cerca de 37 mil millones de reales, siendo que un 22,7% de este valor fue contribución de los municipios. Además, es importante recordar que, como los valores transferidos por el gobierno federal no cubren el costo de los servicios de la ESF, los municipios acaban financiando en parte las políticas federales, aun cuando éstas no hacen parte de las necesidades prioritarias de salud de su población¹².

Estos datos concuerdan con el estudio, pues el 72,7% de los entrevistados relataron que los recursos financieros son insuficientes y para el municipio acaba siendo un cargo, porque necesita completar el presupuesto recibido de las otras esferas para ofrecer la atención (17%), además de ocurrir la mala distribución del presupuesto (36,2%).

Sobre la Estratégica Salud de la Familia (ESF), el trabajo en equipo es colocado como uno de los pilares para el alcance de su finalidad, como una estrategia para el cambio del actual modelo de salud²⁰, contribuyendo para trabajar con la complejidad de la producción del trabajo en salud y crear intervenciones sobre el proceso de salud-enfermedad. Hoy, la Estratégica Salud de la Familia (ESF) ha sido utilizada por el poder público, una vez que el programa representa la principal estrategia para el fortalecimiento de la atención primaria, asumida por el SUS como entrada para el sistema. Con eso, mejora la accesibilidad de la población al sistema de salud²¹. No obstante, existen dificultades para adecuar el modelo asistencial a los principios reformadores con mayor equidad en el acceso e integralidad de las prácticas^{22, 23}. Así, la propuesta de la ESF es considerada por los entrevistados como buena (56,3%) u óptima (2,8%). Pero, es correcto que haya diversas formas de actuación de ese programa, pues es difícil que su adopción sea igual en un país con muchos municipios heterogéneos, que presentan ofertas de servicios y capacidades técnicas y administrativas diferenciadas. De hecho las dificultades inherentes a esa heterogeneidad ha estimulado la readaptación de varias localidades al programa incentivadas por el Ministerio de la Salud, a sus realidades locales¹².

Para Melamed y Costa²⁴ es necesario responder a los estímulos específicos para reorientar la estructura de oferta de servicios básicos, que de hecho, alteran el modelo de producción de atención médica viabilizando mayor énfasis de acciones de promoción de la salud y reducción de enfermedades. Aún, mencionan se todas las nuevas orientaciones llevaran las mudanzas sensibles en los indicadores de salud, o sea, se hace importante la adopción de campañas y proyectos conforme un 20% de los entrevistados mencionaron como manera de incrementar la cobertura y acceso de la población a los servicios de salud.

CONCLUSIÓN

Ante los resultados obtenidos y trabajos analizados, se puede concluir que los recursos fueron considerados escasos, haciendo necesario que los gestores y trabajadores planifiquen mejor la aplicación de éstos, para minimizar los problemas durante la gestión. La ESF fue considerada un importante instrumento para el fortalecimiento de la Atención Primaria en la Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil: Lei n. 8.080, de 19 de agosto de 1990 (20 septiembre 1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 18.055.
2. Cohn A., Elias P.E.: Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços. São Paulo: Cortez. 1999.
3. Brasil.: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006a.
4. Brasil.: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto pela vida de defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.
5. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e a Saúde da Família. 2004, obtenible en: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> [consulta: 06 noviembre 2007].
6. Elias P.E.: Saúde no Brasil. São Paulo: Cortez – Cedec. 1996.
7. IBGE.: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2000, obtenible en: www.ibge.gov.br [consulta: 3 outubro 2007].

8. Dean A.G. Dean J.A., Burton A.H., Dicker R.C.: Epi Info Version 6.04: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on micro-computers. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control. 1990.
9. Bardin L.: Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora Persona. 1994.
10. Neri M., Soares W.: Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública (2002); 18:77-87.
11. House J., Kessler R.C., Regula H.A.: Age, socioeconomic status and health, The milbank Quartely (1990); 3:383-411.
12. Marques R.M., Mendes A.: A política de incentivos do Ministério da saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao principio da integralidade? Cad Saúde Pública (2002); 18: 163-71.
13. Adriano J. R.: A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. Ciênc Saúde Coletiva (2000); 5(1): 53-62.
14. Jorge M.S.B., Guimarães J.M.X., Nogueira M.E.F., Moreira T.M.M., Morais A.P.P.: Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da política de despreciação do trabalho no sistema único de saúde. Texto Contexto Enferm. (2007); 16(3): 417-25.
15. Merhy E.E.: Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec. 2002.
16. Mendes R., Mendes A.: Os Dês(caminhos) do financiamento do SUS. Saúde em Debate 2003; 27(65): 18-25.
17. BRASIL.: Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual básico. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. 2003.
18. Teixeira H.V., Teixeira GT.: Financiamento da Saúde Pública no Brasil: a experiência do SIOPS. Ciênc e Saúde Coletiva (2003); 8(2): 379- 92.
19. Faveret A.C.: Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2002.
20. Ciampone M.H.T., Peduzzi M.: Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enfermagem (2000); 53:143-7.
21. Silva J.A., Dalmasco A.S.W.: Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de janeiro: Editora Fiocruz. 2002
22. Conill E.M.: Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa de Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. Cad Saúde Pública (2002); 18: 191-202.
23. Mattos R.A.: A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública (2004); 20(5): 1411-6.
24. Malamed C., Costa N.R.: Inovações no financiamento federal à Atenção Básica. Ciênc Saúde Coletiva (2003); 8: 393-401.

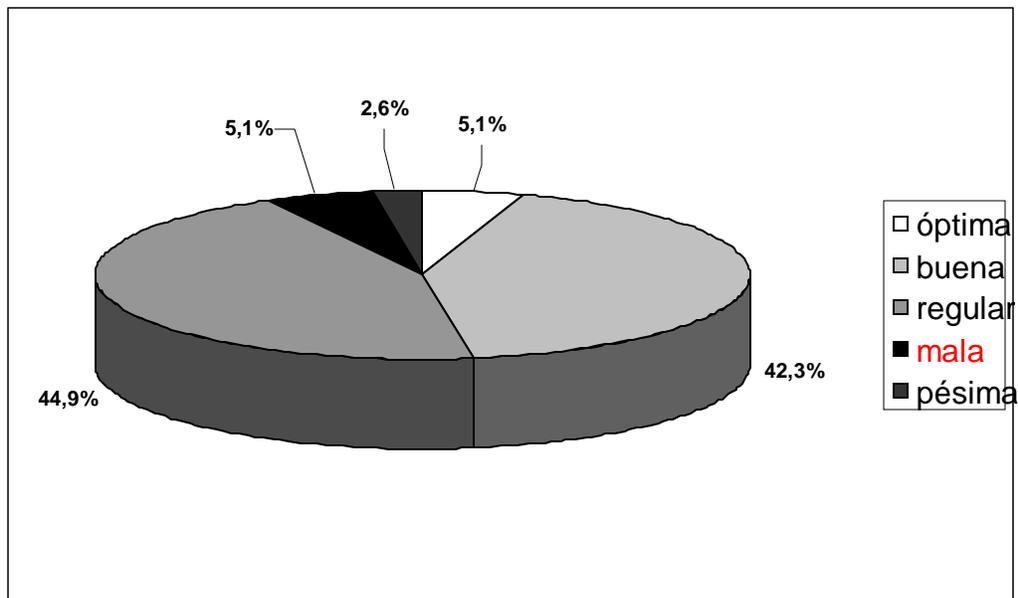


Gráfico 1 – Distribución porcentual de los entrevistados según su percepción sobre la infraestructura física disponible para la atención pública, Araçatuba-SP, 2007.

Tabla 1 – Distribución de las frecuencias absolutas y porcentuales de las categorías con relación a la falta de recursos financieros relatado por los entrevistados. Araçatuba – SP, 2007.

Categoría	N	%*
Complementación de presupuesto por el municipio – “ <i>porque falta presupuesto y el alcalde necesita completarlo para ofrecer la atención</i> ”	12	17
Falta de equipo, material, medicamento – “ <i>falta material para trabajar</i> ”	26	36,2
Dificultades de mantener programas – “ <i>falta presupuesto para realización de proyectos</i> ”	15	21,3
Bajos sueldos	6	8,5
Mala distribución del presupuesto – “ <i>porque los recursos son usados por criterios políticos y no socio-económicos</i> ”	26	36,2

^a la suma de la frecuencia porcentual es superior a un 100%, porque cada respuesta podría contemplar más de una categoría.

^b siete entrevistados no respondieron.

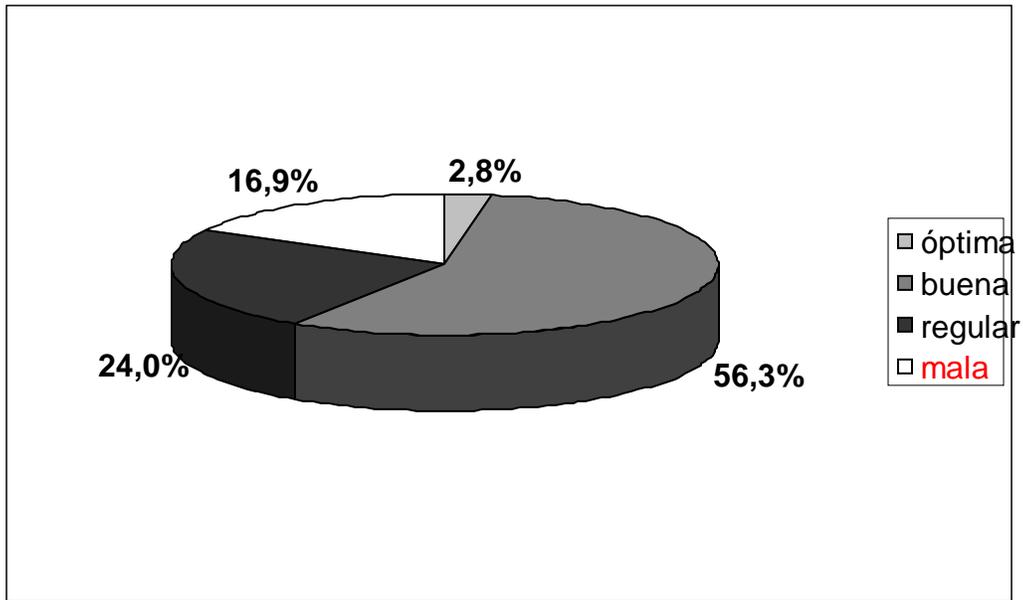


Gráfico 2 – Distribución porcentual de los entrevistados según su percepción sobre la Estratégica de la Salud de la Familia - ESF, Araçatuba-SP, 2007.

Tabla 2 – Distribución de las frecuencias absolutas y relativas de las categorías en relación a lo que podría hacerse para mejorar la cobertura y acceso de la población a los servicios de salud. Araçatuba – SP, 2007.

Categoría	N	%*
Aumentar los recursos humanos - <i>“tener médico suficiente y que él pueda hacer visitas a domicilio”</i>	33	44
Aumentar recursos financieros, sueldos - <i>“necesitan recursos financieros para los exámenes, que hay que esperar mucho para hacerlos”</i>	16	21,3
Aumentar recursos materiales - <i>“tener material disponible, porque hay mucha escasez”</i>	9	12
Mejoría de la infra estructura física - <i>“espacio para realizar charlas/cursos para embarazadas, diabéticos e hipertensos”</i>	6	8
Campañas y programas - <i>“charlas con más frecuencias, para mejorar y orientar a los pacientes a respeto de la prevención y tratamiento de las diversas patologías”</i>	15	20

^a la suma de la frecuencia porcentual es superior a un 100%, porque cada respuesta podría contemplar más de una categoría.

^b tres entrevistados no respondieron.