



<https://doi.org/10.26512/gS.v12i01.29452>

Revista Gestão & Saúde ISSN: 1982-4785

Santos LP, Parente AJM, Ferreira MEMC, Berto MR

ARTIGO ORIGINAL

Organização social, acesso a equipamentos sociais e políticas de financiamento: desafios da região rural

Social organization, access to social equipments and financial policies:
challenges of a rural district

Organización social, acceso a los equipamientos sociales y la política financiera:
desafíos en un zona rural

Leonardo Pereira Santos¹
Ana Julia Machado Parente²
Maria Eduarda de matos Catuta³
Michel Rodrigo Berto⁴

Recebido: 13.02.2020

Aprovado: 02.09.2020

RESUMO

Esta investigação teve por objetivo analisar a organização social, o acesso a equipamentos sociais e a políticas de distribuição de recursos financeiros, em uma região rural pertencente à área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), na perspectiva de informantes-chave. Os membros das associações de moradores e trabalhadores da Equipe de Saúde da Família foram os participantes deste trabalho. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como instrumento para a coleta de dados. Empregou-se a análise de conteúdo, por modalidade temática. Esse processo permitiu definir três temas, a saber, a organização social em processo, a distribuição ineficaz de recursos financeiros e limites e possibilidades no acesso a equipamentos sociais. Esta pesquisa permitiu que os estudantes de enfermagem e medicina vivenciassem, antecipadamente, quanto à grade curricular, a organização e funcionamento da atenção básica de saúde, em especial, ao que se refere ao cuidado aos moradores de uma região rural pertencente à área de abrangência de uma USF. Também possibilitou aos estudantes a apreensão das necessidades de saúde dessas pessoas, ampliou a necessidade de atenção das equipes e gestores na promoção do cuidado, na perspectiva da integralidade, e contribuiu para o enriquecimento das discussões sobre esses temas.

Palavras-chave: políticas de saúde; atenção básica; estimativa rápida participativa

ABSTRACT

This investigation had the purpose to analyze the social organization, access to social equipments and the policy of financial resources distribution in a rural region which belongs to the coverage area of a USF in the perspective of key informants. Took part in the investigation, members of the residents association and professionals from a USF. The semi-structured interview was used as an instrument to gather information. It

¹ Discente do curso de Medicina FANEMA/Marília/SP. Brasil. E-mail: leo_ps14@hotmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3505-0668>

² Discente do curso de Medicina FANEMA/Marília/SP. Brasil. Email: anajuliaparente@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6202-2702>

³ Discente do curso de Medicina FANEMA/Marília/SP. Brasil. Email: mariaeduardacatuta@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8935-8719>

⁴ **Autor correspondente.** Discente do curso de Medicina FANEMA/Marília/SP. Brasil. Email: michelberto97@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2193-6601>

has been used content analysis and thematic modality to review data. This method allowed defining three themes, known as, the social organization in processing, the ineffective distribution of financial resources and boundaries and possibilities to access social equipments. It also conceded nursing and medicine students to live, early in their academic education, the organization and functionality of basic health attention, mostly, on the care of residents from a rural area which is set in the coverage area of a USF. Furthermore, they were able to apprehend those people's health needs, expanded the necessity of attention from professionals and managers to provide health care in perspective of integrality and enrich those subject's debates.

Keywords: Health Policies; Primary Attention; Fast Participative Perspective

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la organización social, el acceso a las instalaciones sociales y las políticas para la distribución de recursos financieros en un región rural que pertenece al área de cobertura de una USF desde la perspectiva de informantes-clave. Los miembros de las asociaciones de residentes y trabajadores del Equipo de Salud de la Familia fueron los participantes de este. La entrevista semiestructurada se utilizó como instrumento para la recopilación de datos. Se utilizó análisis de contenido, modalidad temática. Este proceso nos permitió definir tres temas, a saber, la participación social en proceso, la distribución ineficaz de los recursos financieros y los límites y las posibilidades de acceso a los equipamientos sociales. Esta investigación permitió a los estudiantes de enfermería y medicina experimentar tempranamente la organización y el funcionamiento de la atención primaria de salud, especialmente sobre la atención de los residentes de una región rural dentro del área de cobertura de una USF. También tornó posible a los estudiantes la comprender las necesidades de salud de estas personas, expandió la necesidad de atención de equipos y gerentes para promover la precaución a partir de la perspectiva de la integralidad y enriqueció los debates sobre estos temas.

Palabras-claves: políticas de la salud; atención primaria; estimación rápida participativa

1. Introdução

O currículo da Faculdade de Medicina de Marília (Famema) é integrado e orientado por competência dialógica e é composto pela Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES) e Unidade Eletiva. Neste estudo, abordou-se uma ação desenvolvida na UPP. Nas primeiras séries (1ª e 2ª) dos cursos, esta ação é desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) com as atividades relacionadas ao cuidado às necessidades coletivas.

Para tanto, a faculdade realizou um “Diagnóstico Coletivo do Distrito sob os cuidados da FAMEMA”, competência acadêmica realizada pelos estudantes, da qual derivou essa investigação. O presente artigo abordará a organização social, o acesso a equipamentos sociais e a política de distribuição de recursos financeiros em uma região rural pertencente à área de abrangência de uma dada USF, na perspectiva dos informantes chave.

Assim, as perguntas do presente estudo são: Quais as características de organização e atuação frente aos problemas sociais dessa comunidade? Qual é a política de distribuição de recursos públicos para diferentes setores da sociedade nessa área de abrangência? Como é o acesso a equipamentos sociais (creches, centros sociais, escolas, áreas de recreação etc.)?

Acerca da formação profissional, é possível refletir: no contexto do Sistema Universal de Saúde (SUS), que mudanças estão ocorrendo na educação médica e em que medida atende às novas necessidades de saúde da população? Quais são suas prioridades? Quais são e como enfrentar esses desafios?⁽¹⁾

Nesse sentido, Parente et al. corrobora com essa reflexão, a qual referiu haver necessidade de estimular a formação de um estudante crítico, com capacidade de articular a teoria com a realidade; vivenciando o contato antecipadamente, já no início do curso, com o sistema de saúde público do país, a população usuária, a comunidade e equipes multiprofissionais. A aposta, pautada nesses princípios, mostra a necessidade desta investigação⁽¹⁻²⁾.

Dessa forma, o objetivo do presente artigo é analisar a maneira que a comunidade se organiza frente às demandas locais, o acesso a equipamentos sociais e a distribuição de recursos financeiros, em uma região rural pertencente à área de abrangência de uma USF, na perspectiva das associações de moradores e trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eqSF).

2. Revisão de Literatura

Na literatura, foi possível encontrar artigos e relatos de experiência que contemplam os limiares desta investigação. Os autores convergem na necessidade de ter um olhar mais aprofundado sobre as populações fixadas fora dos centros urbanos, caracterizá-los, escutá-los, de modo a quebrar as barreiras entre o acesso e assistência. Nesse contexto, o processo de territorialização demonstra ser um instrumento importante de informações acerca da área adstrita pela unidade de saúde e ambiente nos quais atuam os profissionais de saúde, por isso a criação de mapas demográficos, sanitários, socioeconômicos e físicos podem auxiliar nesse processo, o qual amplia a visão sobre a situação de saúde da população, fornece dados sobre os riscos e potencialidades da área de abrangência, além de incluir questões ambientais, epidemiológicas e culturais nas ações em saúde para erradicar as fragilidades existentes⁽³⁾.

Tanto em artigos, como documentos oficiais do Ministério da Saúde, o diálogo entre usuários e sistema assistencial em saúde é ferramenta eficaz na composição de políticas de saúde mais abrangentes e resolutivas, porém, nota-se que existe uma lacuna no uso desse meio. Dar voz ao usuário, reconhecer o direito de fala, fazer uma escuta acolhedora e melhorar o vínculo com esse indivíduo, podem levar ao sucesso das iniciativas de práticas populares e participativas no enfrentamento dos problemas de saúde pública. Logo, o indivíduo que mora no campo é capaz de ser ativo nas decisões e ações voltadas para sua região⁽⁴⁾.

Mundialmente, áreas rurais apresentam resultados inferiores nos indicadores de saúde quando comparados às áreas urbanas. Essa situação ocorre porque a saúde das diferentes populações rurais têm determinantes muito específicos. Isso, associado às lacunas de cobertura dos serviços, sejam eles educacionais, de segurança, de saúde e ambientais, tornam as políticas do SUS distintas para as regiões rurais, o que se torna um desafio para gestores, pois se estabelece uma iniquidade perante o perfil diferenciado desses grupos afastados dos centros urbanos⁽⁵⁻⁶⁾.

3. Referencial teórico

A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, que institui o Código Civil, define que as associações são constituídas pela união de pessoas que se organizam para fins não econômicos. O estatuto das mesmas deverá conter a denominação, os fins e a sede da associação; os requisitos para a admissão, demissão e exclusão dos associados; os direitos e deveres dos associados; as fontes de recursos para sua manutenção; o modo de constituição e funcionamento dos órgãos deliberativos e administrativos e as condições para a alteração das disposições estatutárias e para a dissolução.⁽⁷⁾

Os associados devem ter iguais direitos, mas o estatuto poderá instituir categorias com vantagens especiais. A exclusão do associado só é admissível havendo justa causa, obedecido ao disposto no estatuto; sendo este omissivo, poderá também ocorrer se for reconhecida a existência de motivos graves, em deliberação fundamentada, pela maioria absoluta dos presentes à assembleia geral, especialmente convocada para esse fim. Nenhum associado poderá ser impedido de exercer direito ou função que lhe tenha sido legitimamente conferido, a não ser nos casos e pela forma previstos na lei ou no estatuto.⁽⁷⁾

Compete privativamente à assembleia geral: eleger e destituir os administradores. A convocação da assembleia geral far-se-á na forma do estatuto, garantido a um quinto dos associados o direito de promovê-la.⁽⁷⁾ A nossa Carta Constitucional prevê no artigo 193 que o Estado Brasileiro regerá sua ordem social com base no trabalho e objetiva o bem-estar e a justiça social em nosso país, relacionando a essa ordem a Seguridade Social e a Educação, Cultura e o Desporto.

Define-se Seguridade Social como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. De modo geral, observa-se que a saúde é realçada como direito de todos e dever do Estado. Quanto à Previdência Social, é organizada sob a forma do Regime Geral de Previdência Social, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, podendo ser complementada pela iniciativa privada. Relativamente à Assistência Social, será prestada a quem dela necessitar, independentemente de

contribuição à seguridade social, e tem por objetivos garantir a proteção, amparo e assistência às pessoas em estado de vulnerabilidade, bem como para fomentar ações visando à inserção de indivíduos no mercado de trabalho e à comunidade, promovendo a universalização dos direitos sociais, os quais abrangem, dentre outros, a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer e a segurança.⁽⁸⁾

No âmbito da Educação, verificou-se que também é direito de todos, sendo dever do Estado promover e incentivar, com a colaboração da sociedade. No que se refere à Cultura, o Estado deverá garantir a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional. Para finalizar, no Desporto é dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não-formais, como direito de cada um.⁽⁸⁾

Fixadas as linhas básicas da ordem social, a Constituição Federal prevê para efetivação e manutenção das ações públicas a distribuição de recursos oriundos da arrecadação tributária, discriminando não só a competência tributária dos entes federativos (União, Estados, Municípios e Distrito Federal), como também a repartição das receitas tributárias, de forma a subsidiar as ações públicas no âmbito da União, Estado e Municípios, cada uma no seu campo de atuação, com vistas à consecução do objetivo maior traçado pela Constituição sob o tema “Ordem Social” (LEI Nº 8.212, DE 24 DE JULHO DE 1991, art. 10 e 11).

A Norma Brasileira Regulamentadora 9050 define os equipamentos urbanos como todos os bens públicos e privados, de utilidade pública, destinados à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade, em espaços públicos e privados, entre eles, cinemas, teatros, auditórios e similares, serviços de saúde, locais de esporte, lazer e turismo, parques, praças e locais turísticos, escolas, bibliotecas e centros de leituras.⁽⁹⁾

4. Metodologia

O estudo foi realizado em um município localizado no interior paulista, no qual está instalada a FAMEMA, instituição responsável pela organização da área de abrangência na qual se inseriram os discentes em medicina e enfermagem. O cenário desta investigação foi a região rural da área de abrangência pertencente a uma USF.

O município está localizado no Centro-Oeste do estado, possui uma área total de 1.194 km², sendo 42 km² de área urbana e 1.152 km² de área rural. A população é composta por um total de 235.234 habitantes, desse montante, 228.629 pertencem a área urbana e 6.605 a área rural.⁽¹⁰⁾ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apresenta um Índice de Desenvolvimento

Humano Municipal (IDHM) de 0,798 (2010), o que o situa na faixa de Desenvolvimento Humano Alto e um Produto Interno Bruto per capita de R\$ 32.816,72 (2017).⁽¹¹⁾

É uma cidade em desenvolvimento, tem como as principais atividades econômicas urbanas a indústria alimentícia, setor de metalurgia, o comércio e a prestação de serviços. Em relação a área rural, quase a totalidade dos habitantes está envolvida direta ou indiretamente com a atividade agropecuária. As principais explorações agropecuárias incluem cana-de-açúcar, avicultura, amendoim e citrus.⁽¹⁰⁾

No que se refere ao seu sistema público de educação básica, a cidade conta com uma rede municipal e uma estadual. A primeira é composta por 52 unidades sendo 33 Escolas Municipais de Educação Infantil (Emeis), 03 Escolas Municipais de Ensino Fundamental e Educação Infantil (Emefeis), 16 Escolas Municipais de Ensino Fundamental (Emefs), atendendo aproximadamente 18 mil alunos. A segunda é composta por 46 escolas estaduais. Em sua estrutura de educação pública, apenas uma escola estadual se localiza na área rural. Para os estudantes residentes dessa região que cursam o ensino fundamental e o ensino médio, a prefeitura se responsabiliza por seu transporte, contando com 33 vans e micro-ônibus para transportar 830 alunos diariamente.⁽¹²⁾ Segundo o IBGE, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) nos anos iniciais foi de 7,2, atingindo a meta para 7 e 5,0 nos anos finais ficando 0.8 pontos abaixo da meta para 2017.⁽¹¹⁾

Para trabalhar o cuidado às necessidades coletivas, os estudantes realizaram a coleta de dados necessários para caracterização da área de abrangência com base no Método de Estimativa Rápida Participativa (ERP). A ERP é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos. Esta estratégia trabalha com registros escritos, entrevistas com informantes-chave e observação de campo. Participaram deste estudo informantes-chave, ou seja, indivíduos que, por sua abrangente inserção na comunidade, sejam capazes de representar as necessidades de saúde da coletividade⁽¹³⁾.

Para esse estudo, definiu-se como informantes-chave os membros das associações de moradores presentes no cenário escolhido e trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eqSF). Entrevistaram-se todos os membros atuantes nas associações, ou seja, pessoas que são assíduas nas reuniões definidas, bem como no desenvolvimento dos projetos de intervenção. Em relação aos trabalhadores da eqSF, definiu-se como critério de inclusão os que estão inseridos nessa equipe há mais de três anos, pois esses teriam propriedade de discorrer sobre as necessidades de saúde do território. Dessa forma, todos os profissionais que obedeciam a esse critério foram entrevistados.

Assim, foram entrevistados treze membros das associações de moradores e seis trabalhadores de saúde da eqSF – dentre eles, nove mulheres e doze homens, entre os 30 e 70 anos de idade, assumem

cargos de nível inferior a superior por se tratarem de membros de associação organizados legalmente, e cargos de nível médio a superior por se tratarem de profissionais de saúde. Essa totalidade permitiu apreender o objeto de estudo desta pesquisa, identificar e analisar as necessidades de saúde do território investigado. Desse modo, tal processo de quantificação e qualificação corrobora com a saturação de dados em uma investigação qualitativa⁽¹⁴⁾.

Empregou-se a entrevista para a coleta de dados. Essa técnica é considerada uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações relevantes para um objeto de pesquisa, de temas pertinentes tendo em vista este objetivo. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender às perguntas formadas⁽¹⁴⁾. Utilizou-se de um roteiro previamente estabelecido entre os alunos de forma a criar perguntas de taxonomia média para incentivar o discurso livre dos entrevistados sem fugir do cerne das perguntas. Foi possível assim contemplar questões referentes à organização da comunidade, à política de distribuição de recursos públicos e ao acesso a equipamentos sociais. As perguntas realizadas foram: 1) Quanto à organização da comunidade, como se deu a criação da associação de moradores e como ela atua? 2) Você sabe como são distribuídos os recursos para os diferentes setores (esporte, saúde, lazer, habitação, educação)? Como você avalia essa distribuição? 3) Quais os equipamentos sociais existentes? Como você os avalia?

Para manter o sigilo dos (as) participantes do estudo e salvaguardar seus nomes, os discursos foram codificados por meio da sigla IC (Informante Chave). Em relação à associação de moradores, uma foi denominada de M.E., a outra de E.S.B. e a USF de T.L.

Os dados foram coletados de abril a novembro de 2017, a partir de um roteiro previamente estabelecido, com as perguntas e objetivos a serem investigados, com apoio da orientadora, os estudantes se organizaram e foram até o território a ser analisado, onde entrevistaram os informantes-chave. Primeiro, na associação de moradores do loteamento M.E., em outro dia, na chácara do presidente da associação do condomínio E.S.B. e, por último, na Unidade de Saúde da Família T.L. Com o consentimento dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para serem então analisadas.

A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, modalidade temática, a qual consiste em um conjunto de estratégias para extrair, dos discursos diversificados, seus sentidos e significados. Esse tipo de análise constitui-se da busca dos “núcleos de sentidos” inseridos em uma comunicação, confrontando-os com o objetivo do estudo e referencial teórico⁽⁴⁾. Para tanto, realiza-se, primeiramente, a transcrição das falas dos entrevistados. Em seguida, foram realizadas leituras

compreensivas do material coletado e, para isso, foi construída uma planilha, dentro da qual foram anexadas entrevistas transcritas, recortadas e organizadas conforme os objetivos a serem analisados, a saber: organização social, distribuição de recursos financeiros e equipamentos sociais. Por fim, foi elaborada uma síntese descritiva desse material. Após esse momento, remete-se à identificação dos núcleos de sentidos e os temas correspondentes com base na literatura sobre o assunto.

O estudo foi aprovado em 22-06-2016, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMEMA sob o nº e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 55080416.5.0000.5413.

5. Resultados

5.1 Criação da Associação de Moradores

No que se refere ao surgimento da associação M.E., os informantes-chave relataram que houve várias associações naquela área antes da gestão atual, porém, não as consideraram efetivas. Assim, com o objetivo de solucionar a dificuldade de acesso à água, decidiram formar a gestão atual que opera a cerca de dois anos e meio.

Na associação da E.S.B, a maioria dos informantes não sabia quando havia sido criada a comunidade, muitos se mudaram depois que ela estava consolidada. Porém, alguns relataram que o período de criação da comunidade foi por volta da década de 1990.

5.2 Temas

No processamento da análise dos dados foram identificados sete núcleos de sentido, os quais foram agrupados em três temas. O primeiro tema foi definido como “A organização social em processo”, o qual agrupou dois núcleos de sentido: O movimento da associação de moradores para atender às necessidades de saúde; A complexidade de se operacionalizar a participação social.

O segundo foi definido como “A distribuição ineficaz de recursos financeiros”, que contém três núcleos de sentido: Desconhecimento das associações de moradores quanto à política de distribuição de recursos financeiros; Conhecimento pela eqSF quanto à política de distribuição de recursos financeiros; Insuficiência de recursos financeiros na instância municipal. Por último, foi definido como tema “Limites e possibilidades no acesso a equipamentos sociais”, composto por dois núcleos de sentido: Escassez de equipamentos sociais na região rural; Serviços de educação localizados na região urbana são eficazes.

5.2.1 Organização social em processo

Percebeu-se que a associação de moradores trabalha no sentido de atender às suas necessidades de saúde, mas tem encontrado dificuldades para operacionalizar a participação social.

Constatou-se que a associação de moradores M.E formou-se gradativamente. Aos poucos, as reuniões, que antes não tinham data fixa, tornaram-se mensais e construiu-se uma sede. O objetivo das reuniões, que são abertas para toda a população, é informar o que está sendo realizado e colocar em votação o que se pretende realizar. *“uma vez por mês tem assembleia aqui, reunião com todos os moradores [...] convida todo mundo [...] a gente deixa claro o que tá acontecendo dentro da comunidade.”* (IC5). A sede, além de ser usada para as reuniões, serve como centro de convivência, onde se organizam festas e uma feira com produtos locais.

Na E.S.B, também existe uma associação de moradores. Inicialmente, suas reuniões com a comunidade eram esporádicas e, atualmente, são desenvolvidas periodicamente. *“Antes nós fazíamos mais ou menos a cada quatro meses [...] um ano às vezes passava, agora a gente faz mais periódico [...] é média de quatro meses [...] a diretoria tem a cada 15 dias, 30 dias, dependendo da necessidade.”* (IC9).

Alguns dos entrevistados afirmaram que a participação da população nas reuniões é grande, variando de acordo com o assunto que será discutido. Para a prestação de contas, a associação mantém comunicação com um escritório de contabilidade *“a gente mantém lá na cidade um escritório de contabilidade, prestando conta mensalmente”* (IC11).

As demandas e questionamentos da população, tanto no M.E quanto na E.S.B, podem ser levadas às associações nas reuniões ou diretamente para algum membro da diretoria, presencialmente ou até através de um “caixinha de sugestões”: *porque as pessoas às vezes não [têm] coragem de falar.”* (IC2). Desse modo, as associações de moradores têm procurado atingir seus objetivos: *“até agora tem [sido alcançados os objetivos da associação]”* (IC3); *“a gente procura atender da melhor maneira, dentro da possibilidade da associação.”* (IC12).

A comunicação entre as associações pode ocorrer quando necessitam exigir algo frente à prefeitura, porém foi dito que esse movimento é ineficiente *“quando vai pedir alguma coisa na prefeitura, a gente se reúne, mas nunca consegue nada”* (IC12).

Na visão dos profissionais da unidade de saúde, as associações da zona rural são identificadas como bem atuantes e com reuniões frequentes, tendo um movimento voltado para as necessidades da área de abrangência, destacando-se as debilidades no campo da infraestrutura *“na zona rural eles têm uma atuação melhor, porque eles acabam se envolvendo, porque todo mundo está ali lutando por melhoria [...] então eles fazem mais reuniões e são mais atuantes.”* (IC15). Ainda, os profissionais não sabem dizer como as demandas da população são levadas para a associação “.

Em ambas as associações, os informantes apontaram a dificuldade de lidar com a população, já que existem muitas discordâncias, questionamentos e críticas às decisões e medidas tomadas.

Segundo informante da E.S.B, isso é agravado pelo fato de existir um grande número de proprietários e moradores e apenas alguns deles frequentarem as reuniões *“é difícil você mexer com o povo é difícil o pessoal aceitar, muitas vezes [...] temos uma média de 156 proprietários, nós temos aqui acho que 50, 60 moradores, 80% vai, 20, 30, depende.”* (IC9). Contudo, em ambas as associações, as críticas são vistas como minoria *“essa maioria que está com a gente eu acredito que está contente tem sempre aqueles que criticam [...] mas é a minoria”* (IC3).

Os informantes afirmaram que a associação tem sido eficiente e trazido benefícios, porém nem sempre isso ocorre na velocidade pretendida, devido à falta de dinheiro, pois nem todos podem contribuir ou atrasam o pagamento, *“tem sim [sido cumpridos os planos de ação propostos pela associação]... às vezes não na velocidade que a gente pretende [...] nem todo mundo consegue contribuir no mesmo tempo [...] às vezes demora um pouco, mas vem”* (IC11). Ainda, aparece a ideia de culpar as pessoas por não terem condições financeiras, necessárias para o desenvolvimento do local. *“a associação ela não pode fazer muita coisa. Aqui tem um grande problema que nós temos ainda. Quando foi criado esse condomínio, foi vendido o lote a preço muito barato, então muitas pessoas de poder aquisitivo quase zero compraram e essas pessoas ainda residem aqui [...] elas não têm dinheiro para pagar um condomínio que poderia ter uma benfeitoria melhor”* (IC6).

5.2.2 A distribuição ineficaz de recursos financeiros

Com relação à política de distribuição de recursos financeiros, oriundos da arrecadação de impostos e repasse de verbas da União e do estado para o município, revelou-se o desconhecimento por parte das associações de moradores, o conhecimento pela eqSF e a insuficiência de recursos financeiros na instância municipal.

Quando questionados sobre como são distribuídos os recursos para esportes, saúde, lazer, habitação e educação pelo governo municipal, a maioria dos informantes-chave não soube descrever como essa distribuição é realizada. *“Da onde? Daqui de Marília? ((risada)) É uma coisa que a gente não tem, porque não tem acesso.”* (IC9); *“Não, eu não tenho conhecimento.”* (IC14).

Mesmo desconhecendo como se desenvolve a distribuição de recursos, foi mencionado que a prefeitura deseja cobrar IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano), ainda que, na visão dos informantes, essa instituição não se prontifique em atuar no local e que, para eles, a única ação pública efetiva é a de *“passar máquina na estrada de terra”*. *“A prefeitura está doida para cobrar IPTU, isso*

ela quer [...], mas fazer alguma coisa por nós ela não faz. [...] Única coisa que a prefeitura faz é passar a máquina com frequência [...] porque essa área aqui é uma área mais pobre, então eu acho, eles sempre relevam.” (IC6).

Alguns trabalhadores de eqSF souberam responder como é a política de distribuição de recursos, principalmente para a área da saúde.

“[...] o financiamento é dividido em três partes, é o do município, estado e a união. Isso passou a ser depois do ano 2000, quando foi aprovada a emenda constitucionalista de 29 e depois, com a lei complementar 141, que foi em 2012. Através dessa lei ficou pactuado o investimento de cada esfera do governo, então o município teria que investir 15% da arrecadação dos impostos, o estado 12% e a união, o valor que ela investiu no ano anterior acrescido da variação do PIB. [...] Quanto ao esporte, eu acho que teve um aporte maior de recursos quando o Brasil sediou o PAN em 2007 [...] na habitação, [...] a construção de programas de moradia ou de melhoria de habitação também é competência da união, dos estados e municípios. Sei que o estado de São Paulo é o único estado que investe um por cento do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços) em habitação popular e o programa mais conhecido acredito que seja o CDHU (Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano), onde o governo estadual, ele atende famílias de baixa renda e constroem casas com o apoio das prefeituras.” (IC15).

Para outro profissional, o recurso municipal provém do nível federal.

“Vem pelas verbas federais, já destinadas pra cada secretaria pelo gestor [...] o gestor municipal vai olhar se há necessidade de qual bairro, do que, e vai usar da melhor forma possível.” (IC18).

A ACS apontou que esse processo é de acordo com o número de habitantes.

Quanto à suficiência de recursos financeiros para atender essa área, a maioria afirmou que são insuficientes.

“Não, muito precária, [a distribuição de recursos], a gente vê que é muito precário aqui, as pessoas sempre estão reclamando, [...]” (IC14); “Ah eu acho que no Brasil inteiro não é suficiente... não só aqui” (IC19).

Muitos dos que consideram os recursos escassos para atender as necessidades das pessoas destacaram a insuficiência principalmente na área da saúde, considerada primordial.

“[...] para saúde eu acho que é insuficiente [...] eu acho que saúde seria o primordial.” (IC1); “Não [suficiente], precisaria de muito mais, principalmente para área da saúde.” (IC16).

Apareceu que a deficiência nos recursos para saúde no município é devido a insuficiência do repasse financeiro realizado pelo governo federal.

“[...]o repasse da união passou a ser insuficiente, então foi sobrecarregando os municípios, que vêm investindo muito mais do que 15% [...] o município investiu nesse ano em torno de 27% e já teve outras ocasiões que precisou investir 33%. Então é isso que o governo federal vem fazendo, vai se eximindo do papel de coordenação de apoio dos estados e municípios, fazendo essa restrição orçamentária e isso está resultando no desmonte do SUS.” (IC15).

5.2.3 Limites e possibilidades no acesso a equipamentos sociais

A respeito dos equipamentos sociais, evidenciaram-se a escassez na região rural e a eficácia dos serviços de educação localizados na região urbana.

Os informantes identificaram poucos equipamentos sociais presentes. Alguns informaram que não havia equipamentos sociais na área, sendo que um deles afirmou que havia apenas a sede da associação de moradores, a qual foi construída por meio dos próprios recursos:

“nenhum [equipamento social], só há o que nós construímos com o próprio recurso, que é a sede da associação” (IC1).

E ainda complementou dizendo que os serviços da associação são eficientes, uma vez que atendem às demandas da população.

“avaliação dos nossos serviços[...] é cem por cento, porque nós não tínhamos nada [...] hoje nós temos uma associação legítima, que busca os direitos da comunidade[...]” (IC1).

Ainda foi falado que o poder público municipal prometeu a criação desses equipamentos sociais na área, todavia, isso não se concretizou:

“não, aqui não tem nada, isso aí foi prometido para a gente[...] uma creche, base da polícia aqui, porque tinha muito roubo, nós falamos até de usar o próprio escritório aqui, se quisesse... Escola, creche, porque muita gente trabalha, tem criança” (IC2).

A maioria apontou para a presença de uma creche e uma escola pública, porém ambas localizadas na área urbana. Muitos ainda disseram que havia transporte público para as crianças irem para a escola, buscando-as em suas residências:

“A perua da prefeitura que vem buscar as crianças da escola pública, elas vão dentro aqui do condomínio, vai de chácara em chácara.” (IC6).

Em relação à qualidade desses equipamentos, a maioria disse que a população está satisfeita com esses serviços de educação,

“A população é bem satisfeita com a escola, é uma escola municipal bem reconhecida [...] pelos aparelhos [...] da secretaria da educação” (IC18).

6. Discussão

No contexto do protagonismo e liderança, a organização social é um movimento da comunidade em busca de melhorias, caracterizado como um processo de luta social, construído por meio das gerações⁽¹⁵⁾. Porém, destacam-se empecilhos ao seu desenvolvimento, como o modelo educacional, que não ensina ou estimula as pessoas a participarem e a tendência de organização social em um modelo hierárquico e verticalizado, onde uma minoria comanda o restante da população. Os autores defendem que trabalhadores e usuários do SUS devem mudar as lógicas hierárquicas instituídas e burocratizadas presentes em diversos setores sociais, inclusive nos serviços de saúde, que inviabilizam a participação social.

A instituição de conselhos populares viabiliza a troca de informações e fomenta estratégias de novas políticas em saúde. O governo e instituições devem instituir o planejamento e organização do protagonismo popular, abrangendo e aperfeiçoando políticas coerentes e resolutivas, de forma que todos os aspectos do processo de saúde e doença sejam integrados⁽⁴⁾.

Como refere o Ministério da Saúde, no Brasil, antes da Constituição de 1988 o acesso ao serviço público de saúde estava restrito aos trabalhadores do mercado formal, contribuintes da Previdência Social. Sem a proteção social do Estado, a atenção às pessoas que estavam fora do mercado formal de trabalho, a maioria da população, dependia de serviços assistenciais, em grande parte, de origem religiosa ou instituições de caridade⁽¹⁶⁾. A partir da Constituição de 1988, houve um grande avanço do ponto de vista do financiamento, garantindo o acesso aos serviços públicos de saúde a todo cidadão. Essa conquista, porém, representa um grande desafio.

Durante os últimos anos, o financiamento da saúde foi um tema de grande importância na agenda de implementação da política de saúde no âmbito de países com sistemas universais de saúde. Nesse

sentido, sabe-se que a Lei 141/2012 [regulamentação da Emenda Constitucional 29 (EC-29)] não garantiu novos recursos financeiros para a saúde universal. Ainda nesse sentido, a EC-29, permitiu que o gasto SUS aumentasse de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,9% do PIB, em 2012 (sendo 1,8% da União, 1,1% dos Municípios e 1,0% dos Estados), permanecendo insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. Todavia, é fato que o gasto público brasileiro é baixo em relação aos demais países que têm um sistema público universal. Acredita-se que se o artigo 55 das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal fosse aplicado, 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à Saúde, mas isso nunca foi feito.⁽¹⁷⁾

Sob outros determinantes para uma conjuntura de vida pautada na equidade, está a declaração dos direitos da criança, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1959, que traz em diversos dos seus princípios a seguridade social norteado pelo acesso e direito da criança em crescer com alimentação adequada, acesso à educação gratuita, segurança, assistência à saúde, habitação, recreação e à cuidados especiais segundo sua demanda. Esses princípios garantem o desenvolvimento da população em suas potencialidades e na melhoria dos equipamentos sociais, em busca de boas condições de vida⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

“Ao impor à sociedade a EC 95, de 2016, ignorando todas as demais necessidades sanitárias nos próximos 20 anos, nosso Estado afronta os objetivos fundamentais da República, colocando em risco o direito à saúde. A saúde fiscal não pode ocasionar dano moral e físico; tampouco pode afetar apenas as políticas sociais, devendo ser discutido de modo amplo, transparente e com responsabilidade, qualquer medida fiscal que afete a vida das pessoas. Os impostos altamente regressivos que punem a população pobre; as renúncias fiscais que são consideradas gasto público, sem o devido controle, em especial quanto ao seu retorno à sociedade, quanto à sua efetividade social e econômica precisam ser discutidas com a sociedade.”⁽²⁰⁾

Ainda há necessidade de evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, suportar as pressões de custos e evitar a degradação da rede de atendimento. É preciso mais recursos públicos, e, ao mesmo tempo, conseguir mais saúde com o mesmo recurso financeiro.⁽²¹⁾

A área rural possui suas peculiaridades, como territórios diferenciados e diferentes processos de saúde-doença, específicos desse ambiente. Essas características demandam estratégias para o enfrentamento de problemas recorrentes nos serviços de saúde em meios rurais que dificultam o acesso da população às ações de saúde, bem como a promoção do cuidado integral⁽²¹⁾.

A distância entre os espaços compromete o início do atendimento aos moradores, e o pequeno período de permanência dos profissionais de saúde nas áreas rurais pode dificultar a promoção do cuidado integral. Ainda que existam dificuldades, as ações são relevantes para contribuir com a melhora dos níveis de saúde da população, tendo em vista que a população rural, com a distância dos centros urbanos, tem os profissionais de saúde, geralmente, como a única alternativa para dar resposta aos seus problemas, o que se soma com a carência de equipamentos sociais presente nesse meio⁽¹⁶⁾.

7. Considerações Finais

A pesquisa permitiu analisar a organização social, a política de distribuição de recursos financeiros, e o acesso a equipamentos sociais em uma área rural pertencente à área de abrangência de uma USF na perspectiva das associações de moradores e trabalhadores da equipe de Saúde da Família (eqSF). Percebeu-se que a associação de moradores tem trabalhado no sentido de atender às suas necessidades de saúde, mas a associação tem encontrado dificuldades para operacionalizar a participação social. Com relação à política de distribuição de recursos financeiros, revelaram-se o desconhecimento por parte das associações de moradores, o conhecimento pela eqSF quanto à política de distribuição de recursos e à insuficiência de recursos financeiros na instância municipal.

A respeito dos equipamentos sociais, evidenciaram-se a escassez na região rural e a eficácia dos serviços de educação localizados na região urbana.

Essa pesquisa permitiu que os estudantes de enfermagem e medicina vivenciassem, antecipadamente, a organização e funcionamento da atenção básica de saúde, em especial, ao que se refere ao cuidado aos moradores de uma região rural pertencente ao território de uma USF. Também possibilitou aos estudantes a apreensão das necessidades de saúde dessas pessoas, as quais devem ser captadas pelas equipes e gestores para que se promova um cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, não apenas para a região analisada nesse artigo, mas para toda área de abrangência dos serviços de saúde, já que foi possível demonstrar por meio dessa construção, mecanismos teóricos e práticos de análise dos determinados territórios e suas especificidades.

A escassez de investigações na produção científica que abordam temas de desenvolvimento social ligados ao processo de saúde-doença e estratégias operacionais para enfrentar tais desafios demonstram a necessidade de maior atenção às populações de risco, por parte de acadêmicos, profissionais da saúde e gestores públicos. Essa investigação promove, com base em referenciais teóricos: métodos e abordagens para analisar as características de uma comunidade e sua participação social na construção das políticas públicas de saúde e contribui no enriquecimento literário ao permitir

uma dialética entre o meio científico, profissionais da saúde e população, a qual leva o aprimoramento das investigações como o desenvolvimento de novas produções acadêmica.

Referências

1. Vasconcelos RNC, Ruiz EM. Formação de médicos para o SUS: a Integração Ensino e Saúde da Família (Revisão Integrativa). Revista brasileira de educação médica. 2015; 72(4):630-638.
2. Parente, AJM, Santos, LP, Rezende, KTA, Ferreira, MEMC, Berto, MR. A região rural do território de uma USF: organização social, distribuição de recursos, equipamentos sociais e política ambiental. In: anais do 8º Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, 2019, jul. 16-19, Portugal.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, 2017.
4. Prado EV, Sarmiento DS & Costa LJA. O diálogo como estratégia de promoção de participação popular no sus. Rev APS. 2015;18(4):424-429.
5. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária á Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil, Rio de Janeiro, Brasil. Revista Saúde Debate, v.42, número especial 1, p.81-99, 2018.
6. Oliveira AR. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde rural no Brasil [tese]. Belo Horizonte: Escola de enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
7. Brasil. Lei 10.406, de 10 de Janeiro de 2002. Dispõe sobre organização social. Diário Oficial da União; Brasília-DF; 11 jan.2002.
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
9. Associação Brasileira De Normas Técnicas. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro. 2015.
10. Prefeitura Municipal de Marília - Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural, Secretaria Municipal de Agricultura, Pecuária e Abastecimento de Marília, Casa da Agricultura de Marília. Plano de Desenvolvimento Rural Sustentável 2017-2020. Diário Oficial do Município de Marília; 2018. Disponível em: https://www.marilias.grupoinstar.com.br/arquivos/final-plano-municipal-prefeitura_08041541.pdf.
11. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Portal Cidades. Brasil. [Citado em 3 jun.2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>.

12. Prefeitura de Marília [internet]. Dados de Marília. [Citado em 3 jun 2020]. Disponível em: <https://www.marilia.sp.gov.br/portal/servicos/1002/dados-de-marilia/>
13. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em Saúde. Serie Saúde e Cidadania. São Paulo, Editora Fundação Peirópolis 1998; 2:1-82.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec; 2014.
15. Lima FA, Galimbertti PA. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia Saúde da Família do território de Vila União, em Sobral-CE. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2016; 26(1):157-175.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento Público de Saúde. Brasília; 2013.
17. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? Saúde e Sociedade. 2015; 24(Suppl. 1):66-81.
18. Augusto M. Comunidade infantil creche. 2ª ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro; 1985.
19. Brasil. PNUD, IPEA, FJP, IBGE. Desenvolvimento Humano e condições de vida: Indicadores Brasileiros, Brasília; 1998.
20. Santos Lenir. SUS-30 anos: um balanço incômodo?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Jun [citado em 05 Jun/20] ; 23(6): 2043-2050.
21. Oliveira AR, Sousa YG, Diniz IVA, Medeiros SM, Martiniano C, Alves M. The daily routine of nurses in rural areas in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):918-25.

Participação dos autores na elaboração do artigo original

Leonardo Pereira Santos: Elaboração, pesquisa, construção e revisão do texto

Ana Julia Machado Parente : Elaboração, pesquisa, construção e revisão do texto

Maria Eduarda de Matos Catura: Elaboração, pesquisa, construção e revisão do texto

Michel Rodrigo Berto: Elaboração, pesquisa, construção e revisão do texto