

2023



PPGD

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DIREITO • UNIRIO

REVISTA DIREITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Law and Public Policy Review

ISSN 2675-1143

Volume 5, n. 2

Julho - Dezembro

Qualis B2



<http://seer.unirio.br/rdpp/index>

 rdpp@unirio.br



Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
(UNIRIO)

REVISTA DIREITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

LAW AND PUBLIC POLICY REVIEW

VOLUME N.º 5 – NÚMERO 2

ISSN 2675-1143

Editor-Chefe:

Profa. Dra. Edna Raquel Hogemann, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Vice Editor-Chefe:

Prof. Dr. Oswaldo Pereira de Lima Junior, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rio de Janeiro, 2023

Políticas públicas de saneamento rural no Brasil: uma breve trajetória histórica

Public rural sanitation policies in Brazil: a brief historical trajectory

Jucélia Bispo dos Santos⁹¹

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Professora. (BA).
Brasil*

Carlos Henrique de Oliveira⁹²

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Graduando. (BA).
Brasil*

Magda Baptista da Silva⁹³

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Graduanda. (BA).
Brasil*

Maria Jardeane Lopes Pereira⁹⁴

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Graduanda.(BA).
Brasil*

Manuel Fernandes Muango⁹⁵

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Graduando.(BA).
Brasil*

Sandra Camala Correia⁹⁶

*Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Graduanda. (BA).
Brasil*

RESUMO

Esse artigo apresenta resultados de pesquisas desenvolvidas em torno do projeto intitulado: “Fortalecimento do Saneamento dos domicílios rurais nos estados da Paraíba e Bahia”, criado numa parceria entre a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB) e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O presente projeto tem o objetivo de Realizar diagnóstico, mobilização e capacitações visando proporcionar o fortalecimento das iniciativas atuais implementadas no âmbito do Programa de Saneamento Brasil Rural, tendo como base os estados da Bahia e

ABSTRACT

This article presents results of research developed around the project entitled: “Strengthening Sanitation of rural households in the states of Paraíba and Bahia”, created in a partnership between the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusofonia (UNILAB) and the National Foundation of Health (FUNASA). This project aims to carry out diagnosis, mobilization and training in order to strengthen current initiatives implemented within the scope of the Rural Brazil Sanitation Program, based on the states of Bahia and Paraíba, aiming to promote public

⁹¹ Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3413432424460978>

⁹² Graduando em Farmácia da Unilab (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira).

⁹³ Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0927860357211010>

⁹⁴ Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1334880108549295>

⁹⁵ Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1735220059534486>

⁹⁶ Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4015878580622062>

Paraíba, visando promover a saúde pública e a inclusão social por meio de ações de saneamento e saúde ambiental, constituindo uma parceria entre a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e a Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro Brasileira – UNILAB. Dessa forma, esse artigo objetivo apresentar como as demandas de saneamento dos domicílios rurais do Brasil ganharam visibilidade e revelaram incontáveis situações de precariedade ou ausência de atendimento, e seus impactos negativos sobre a saúde da população, em um contexto de fragmentação da atuação de órgãos públicos. Os procedimentos de coleta de dados para o projeto acadêmico serão os seguintes: pesquisa bibliográfica e pesquisa documental A pesquisa bibliográfica buscará inserir uma fundamentação teórica sobre conceitos basilares e autores principais a respeito de: saneamento básico; saneamento básico e saúde pública no Brasil; A política pública de saneamento básico no Brasil e Orçamento Público Federal aplicado ao saneamento básico.

health and social inclusion through sanitation and environmental health actions, constituting a partnership between the National Health Foundation - FUNASA and the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusofonia – UNILAB. Therefore, this article aims to present how the sanitation demands of rural households in Brazil gained visibility and revealed countless situations of precariousness or lack of care, and their negative impacts on the health of the population, in a context of fragmented action by public bodies. The data collection procedures for the academic project will be as follows: bibliographic research and documentary research The bibliographic research will seek to insert a theoretical foundation on basic concepts and main authors regarding: basic sanitation; basic sanitation and public health in Brazil; The public policy on basic sanitation in Brazil and the Federal Public Budget applied to basic sanitation.

PALAVRAS-CHAVE:

Saneamento; Políticas públicas; Brasil; Ruralidades.

KEYWORDS:

Sanitation; Public policy; Brazil; Ruralities.

1. INTRODUÇÃO

Entende-se como saneamento um conjunto de medidas que objetivam preservar ou modificar o meio ambiente para prevenir doenças e disseminar práticas de saúde. Quando o saneamento funciona plenamente pode melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, a produtividade do indivíduo e aperfeiçoar a atividade econômica. No Brasil, o saneamento básico é um direito assegurado pela Constituição e pela Lei n.º 11.445/2007. Conforme a lei vigente, o saneamento é definido como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, drenagem urbana, manejos de resíduos sólidos e de águas pluviais. A partir do acesso aos serviços de saneamento básico, segundo seus quatro pilares conceituais: abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais, os seres humanos podem ter uma significativa melhoria da qualidade de vida e do bem-estar. Por outro lado, a insuficiência ou ausência de prestação adequada dos serviços de saneamento podem provocar efeitos negativos sobre a saúde e o meio ambiente, como também reproduzem situações de vulnerabilidade social, afetando diretamente a dignidade da vida humana.

O saneamento foi inicialmente pensado no Brasil para as áreas urbanas. O primeiro registro de saneamento no Brasil ocorreu em 1561 (século XVI), no Brasil Colônia, quando o fundador Estácio de Sá mandou escavar o primeiro poço para abastecer o Rio de Janeiro. Na capital, o primeiro chafariz foi construído em 1744. No período colonial, ações de saneamento eram feitas de forma individual, resumindo-se à drenagem de terrenos e instalação de chafarizes. No decorrer da história do saneamento no Brasil existiram diversos fatores que dificultaram o progresso ao longo dos anos. Podemos citar alguns obstáculos que impediram (e ainda impedem) que o desenvolvimento dessa área não tenha atingido crescimento expressivo durante esse período, são eles: A falta de planejamento adequado da ocupação dos territórios urbanos; O volume insuficiente de investimentos; deficiência na gestão das companhias de saneamento; a baixa qualidade técnica dos projetos e a dificuldade para obter financiamentos e licenças para as obras.

A partir da aprovação da Lei n.º 11.445/2007, tornou-se obrigatória a elaboração da Política e do Plano de Saneamento Básico pelos titulares dos serviços. O Decreto n.º 7.217/2010 determinou que, a partir de 2018, o acesso a recursos da União, quando destinados a serviços de saneamento básico, estará condicionado à existência de Plano Municipal de Saneamento Básico. Plano de saneamento é o instrumento de condução de políticas públicas para atendimento do serviço essencial. Em 2018 foi criado o Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR), plano coordenado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) em

parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esse programa visa alcançar as populações do campo, da floresta, povos originários e segmentos populacionais distintos como comunidades indígenas e quilombolas, tendo como objetivo atender às demandas específicas das áreas rurais e executar um plano de metas que universaliza o saneamento até 2038.

Conforme a Lei nº 11.445 de 05 de janeiro de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base em princípios fundamentais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de forma adequada à saúde pública e à proteção do meio ambiente, entre outros.

2. O SANEAMENTO RURAL DO BRASIL NO SÉCULO XX

No início do século XX, o ritmo de urbanização da economia brasileira impunha uma pressão que se avolumava sobre os sistemas de saneamento. A urbanização causava uma deterioração contínua dos índices de cobertura dos serviços de água e de esgoto. Em 1919 ocorreu a criação do Serviço de Profilaxia Rural – SP. Esse órgão, com o qual os estados passaram a estabelecer convênios para a implementação de políticas de saúde, também criou ações contra doenças prevalentes no meio rural. De acordo com Hochman (2006), essa foi a primeira etapa da unificação dos serviços de saúde pública no país. Porém, a criação desse serviço não foi capaz de atender às demandas nacionais, o que levou à criação, ainda em 1919, do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, contando com um fundo especial para obras de saneamento. Com isso, a profilaxia rural foi incluída no DNSP como uma de suas duas diretorias.

Na década de 30, durante o primeiro Governo Vargas, as ações sanitárias passaram a compartilhar com a educação o Ministério da Educação e Saúde Pública, regulamentado em 1934. Essa medida buscava garantir o centralismo político-administrativo defendido por Vargas, e novo modelo de ministério determinou uma ampla remodelação nos serviços sanitários (Fonseca, 2007). Dentre as novas ações criadas nesse modelo de gestão destaca-se a criação do Departamento Nacional de Obras de Saneamento – DNOS, em 1930, e do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP, em 1942. Esse órgão, que contava com participação e financiamento do governo dos Estados Unidos, fomentou a atuação em áreas rurais do país,

especialmente nas regiões norte e nordeste e em Minas Gerais. Após, sem o apoio dos norte-americanos, transformou-se em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP, na década de 1960, vinculada ao Ministério da Saúde (Campos, 2008; Rezende; Heller, 2008).

Até a década de 1940, apenas cerca de um terço dos brasileiros vivia em cidades, o restante morava na zona rural. Na década seguinte, nos governos de Getúlio Vargas e Juscelino Kubitschek, mais pessoas foram morar nas cidades por conta da industrialização promovida em seus mandatos. O processo de urbanização gerado nesse período trouxe transformações nas políticas de saneamento para o país. Em primeiro lugar, o número de cidades cresceu muito, pois novas foram sendo criadas para comportar a quantidade de habitantes. Com mais pessoas vivendo em uma mesma área, surgiu a necessidade de investir em meios de comunicação e transporte. Urbanização do território brasileiro intensificou-se a partir da década de 1950, em consonância com os processos de industrialização e modernização vivenciada na época. Esse processo de industrialização dos centros urbanos foi fundamental para que a urbanização se expandisse cada vez mais no país. Com a expansão das indústrias e de maiores ofertas de trabalho, o aumento populacional foi significativo nos centros urbanos.

Na década de 1960, diferentes instituições federais tiveram atuação em saneamento básico do Brasil. Com atuação especial em pequenos municípios e em áreas rurais, destacaram-se órgãos como a Companhia do Vale do São Francisco (atual CODEVASF – Companhia de Desenvolvimento dos Vales do São Francisco e do Parnaíba, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Regional), criada em 1948, e o Departamento Nacional de Endemias Rurais. A partir desse período, convencionou-se no Brasil designar determinadas doenças, a maioria delas parasitárias ou transmitidas por vetor, como "endemias", "grandes endemias" ou "endemias rurais". As doenças que mais preocuparam as autoridades da época foram: a malária, a febre-amarela, a esquistossomose, as leishmanioses, as filariose, a peste, a doença de Chagas, além do tracoma, da bouba, do bôcio endêmico e de algumas helmintases intestinais, principalmente a ancilostomias. O DNERu, criado em 1956, vinculado ao Ministério da Saúde, teve uma importante atuação, especialmente na Amazônia, estimulando ações de saneamento básico como prevenção e combate às endemias rurais (Teixeira, 2014).

No decorrer das primeiras décadas do século XX, o saneamento rural brasileiro caracterizava-se por forte dispersão e pulverização de ações em vista da multiplicidade de órgãos e ministérios que atuavam no setor e da ausência de planejamento de longo prazo. Isso

tudo colaborava para que ações planejadas não tivessem continuidade. Tal situação incidia em dificuldades de gerenciamento das atividades, baixa troca de informações intragovernamental e execução fragmentada de ações, facilitando a ocorrência de superposições de competências e implicando em graves impactos no déficit de acesso aos serviços pela população rural.

A partir da década de 1960, surgiu uma nova configuração para o setor do saneamento do Brasil, sobretudo, por conta de influência de fatores externos. Foi criada em 1961 a Carta de Punta del Este, um documento formulado pelos países das Américas que definia como diretriz o nível de 70% de atendimento de suas respectivas populações urbanas com serviços de água e de esgoto e o de 50% para as populações rurais (Juliano, 1976). Foi elaborado um plano metas, o programa decenal, a partir de 1961, que visava ao cumprimento das metas estipuladas. O governo militar elegeu a ampliação da cobertura dos serviços de saneamento como uma de suas prioridades explicitadas nos planos de desenvolvimento do período. Isso reflete a consciência que, conforme Barat (1998), já havia se formado na época entre os setores ligados ao planejamento, de que o cenário de baixo desenvolvimento desses serviços comprometia os objetivos de desenvolvimento socioeconômico e afetava as atividades indústrias e as condições de saúde.

Na década de 60, foi criado o Banco Nacional da Habitação (em 1964) com a missão de implantar uma política de desenvolvimento urbano e, em 1967, foi encarregado de realizar o diagnóstico inicial da situação do setor de saneamento. Vale ressaltar que os territórios rurais não estavam inseridos nesses programas. A partir da criação do BNH foi criado o Sistema Financeiro do Saneamento (SFS) que passou a centralizar recursos e a coordenar ações no setor. Assim foram criados fundos de água e de esgoto estaduais, além de programas estaduais trienais. Dessa forma, o financiamento aos municípios passou a ser realizado conjuntamente pelo BNH e pelos governos estaduais, com contrapartida obrigatória dos municípios e com a obrigação de que estes organizassem os serviços na forma de autarquia ou de sociedade de economia mista.

No período da ditadura militar, foi criada a primeira experiência de planejamento nacional em saneamento no País, com a formulação do Plano Nacional de Saneamento – PLANASA, instituído em 1971. Apesar das evidentes necessidades dos habitantes das áreas rurais brasileiras, essa primeira experiência de planejamento nacional em saneamento deu prioridade às áreas urbanas, privilegiando-se as regiões de economia mais dinâmica do país, como as grandes cidades do sudeste brasileiro. Essa escolha foi impulsionada pelos agentes envolvidos

no processo de industrialização. Existia certo consenso de que a precariedade na prestação desses serviços de saneamento comprometia as metas de desenvolvimento socioeconômico. Dessa forma, acreditava-se que afetava as condições de saúde da população e também as atividades industriais (Menicucci; D'Albuquerque, 2018; Turolla, 2002), o que elucida as priorizações adotadas pelo Plano. De acordo com Turolla (2002), o ritmo de urbanização brasileiro naquele período causava impactos sobre o setor de saneamento, alçando o consumo de água tratada e a geração de esgoto em um curto espaço de tempo e, consequentemente, reduzindo continuamente os índices de cobertura dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

Até o começo da década de 1970, predominavam fortemente os serviços municipais, havendo municípios em que a responsabilidade pela operação dos serviços era estadual. A atuação do governo federal, sob a coordenação do BNH, já era marcante. A partir da década de 1970, o setor passou a adquirir a configuração atual. Numa tentativa de ampliar a cobertura, foi criado o Plano Nacional de Saneamento (Planasa) com o ambicioso objetivo de atender 80% da população urbana com serviços de água e 50% com serviços de esgoto. A partir da década de 1970, o planejamento do setor de saneamento foi fortemente influenciado pelo Plano Nacional de Saneamento (Planasa).

A implementação do projeto Planasa contribuiu para elevar a cobertura de água e, em menor nível, de esgotamento sanitário, privilegiando as áreas urbanas de regiões de economia mais dinâmica. Além de criar um descompasso entre as ações voltadas para o abastecimento de água e o esgotamento sanitário, as primazias do plano acabaram por aumentar as desigualdades, uma vez que os moradores das periferias urbanas e das áreas rurais foram preteridos na execução da política pública (Britto et al., 2008). Apesar das mudanças geradas a partir da criação do Planasa, nas áreas rurais, a atuação governamental manteve a mesma característica que moldou as obras de saneamento no passado, como aponta Melo (1989), com forte dispersão de ações limitadas, em uma multiplicidade de órgãos e ministérios que atuavam no setor de forma descoordenada, diante da ausência de planejamento de longo prazo.

Nos anos 70, o Planasa incentivou os municípios a concederem os serviços à companhia estadual de saneamento. Esta, por sua vez, tinha acesso aos empréstimos do BNH. Foram criadas Companhias Estaduais de Saneamento Básico (CESBs), organizadas sob a forma de Sociedade Anônima, que deveriam obter as concessões diretamente do poder concedente, as

autoridades municipais. Na opinião de Peixoto (1994), “nesta tarefa, respaldados no autoritarismo do governo federal, os governos estaduais e as CESBs usaram todos os mecanismos de pressão política e de verdadeira chantagem econômica, vergando os então inocentes ou subservientes prefeitos e vereadores, na maioria dos municípios brasileiros, aos seus jugos e interesses”. Somente em cerca de mil municípios, um quarto do total então existente, o PLANASA foi fruto desse contexto, sendo capaz de elevar os índices brasileiros de atendimento da população com serviços de abastecimento de água e, em menor grau, de esgotamento sanitário. Contudo, suas prioridades acabaram por aumentar as desigualdades em termos de condições sanitárias, uma vez que a parcela da população com menor poder econômico e fraca representação política, como, por exemplo, os moradores das áreas rurais, não foi contemplada pelos avanços trazidos pelas intervenções do Plano (Britto *et al.*, 2012).

Algumas iniciativas tentam suprir as lacunas deixadas pelo PLANASA, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, instituído em 1976 sob a coordenação de um grupo executivo interministerial. Segundo Escorel (1999), tratava-se de um programa de extensão da cobertura através de serviços básicos (atenção primária) com o objetivo de amenizar as desigualdades ocasionadas pelo desenvolvimento econômico excludente. O Programa propunha-se à organização de uma estrutura básica de saúde nos municípios com até 20 mil habitantes, promovendo a interiorização do atendimento e buscando maior eficiência e baixos custos. Dentre as diretrizes do PIASS destacavam-se: a priorização de atuação na região Nordeste, em especial nas pequenas vilas e povoados rurais; o estabelecimento de uma rede de serviços de saúde e de saneamento simplificados; e a ampla utilização de mão de obra auxiliar selecionada e recrutada em nível local. A construção e operação de sistemas simplificados de abastecimento de água e a instalação de equipamentos para a disposição de dejetos em áreas rurais e pequenas comunidades fazia parte de uma estratégia integrada de saúde. Entretanto, na realidade, os resultados do PIASS resumiram-se basicamente à ampliação da rede física de saúde instalada para o atendimento da população sem que houvesse um maior investimento na melhoria das demais ações (Pugin; Nascimento, 1996).

No entanto, até a década de 1960, o Brasil era um país predominantemente rural. Essa situação se inverteu na década de 1970, e até o final do século o País se tornou altamente urbanizado. As alterações demográficas eram resultantes do rápido crescimento populacional

urbano e foram decorrentes das migrações internas no Brasil (Rezende, 2005). Embora as cidades tenham surgido muito cedo na história do Brasil, a população urbana se tornou maioria no Brasil a partir da década de 1970 e hoje representa uma parcela de quase 85% do total de habitantes do país. A urbanização que aconteceu no Brasil, nos anos 70, se assemelha àquela de outros países emergentes: esse processo ocorreu de forma acelerada e desordenada, sem planejamento, e nessa falta de planejamento está inclusa a falta de políticas de saneamento. Ao mesmo tempo em que importantes cidades e grandes metrópoles se desenvolveram, a urbanização brasileira, da forma como foi realizada, resultou também na macrocefalia urbana e no agravamento das desigualdades socioeconômicas e espaciais nas cidades.

As décadas de 70 e 80 do século XX foram tempos difíceis para o Brasil. Nesse período, o Brasil apresentava indicadores sanitários e socioeconômicos alarmantes, tanto no campo como na cidade. A publicação das estatísticas de mortalidade do Brasil em 1980, pelo Ministério da Saúde, apontava a alta incidência de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, especialmente em menores de um ano e em crianças de 1 a 4 anos (Barros, 1984). Especificamente no que se refere às Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado (DRSAI), a taxa de mortalidade no Brasil era de 30 óbitos para cada 100 mil habitantes. Nas macrorregiões com menores porcentagens de atendimento por serviços de saneamento, como Norte e Nordeste, esse índice atingia 48 e 39 óbitos para cada 100 mil habitantes, respectivamente (Funasa, 2010).

Os anos 80 do século XX são conhecidos como década perdida, referindo-se à estagnação econômica do Brasil e de alguns outros países da América Latina. Dessa forma, esses países apresentaram baixo crescimento do PIB, inflação alta e volatilidade dos mercados. Além disso, a década perdida causou o aumento da desigualdade social. Com a crise econômica vivenciada nos anos 1980, observa-se o declínio do PLANASA e um vazio institucional no setor. Retornam as discussões sobre saneamento rural, sendo elaborado o PNSR-85, que se constituiu como uma das primeiras iniciativas em nível nacional para o planejamento da atuação em saneamento rural no Brasil, após anos de ações isoladas. Conforme apontado pelo Projeto:

A situação dos serviços de saneamento na área rural do País, segundo avaliações realizadas pelo governo brasileiro, tem se caracterizado pela grave deficiência nos níveis de atendimento, com repercussões negativas nas condições de vida e de bem-estar da população e, consequentemente, no seu grau de desenvolvimento. Tal precariedade é caracterizada pela inexistência de uma política de saneamento claramente definida, capaz de se traduzir em programas de ação eficazes para minimizar os problemas do saneamento e de saúde no campo (IPEA, 1989a, p. 11).

Com o fim do Planasa, em meio à crise econômica vivenciada no Brasil nos anos 1980, observou-se um vazio institucional no setor. Daí uma necessidade de implementação do Projeto Nacional de Saneamento Rural (PNSR) surgiu como uma iniciativa inédita. O PNSR foi projetado em âmbito nacional, para o planejamento da atuação em saneamento rural, após anos de ações isoladas. Elaborado no período de 1985 a 1989, manteve-se sob supervisão da Secretaria de Planejamento da Presidência da República (Seplan), com ação executiva do Instituto de Planejamento Econômico e Social (Ipea) e participação dos Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente. Contava com assessoria técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e financiamento parcial, por empréstimo, do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD).

No Brasil, no início dos anos 80, a saúde pública revelava um quadro de carências desanimador. Essa conjuntura apresentava uma crise sanitária e começa a ser identificada a necessidade de reformulação do subsetor de saneamento rural e de desenvolvimento de uma política nacional. Após a realização de estudos no Brasil, em 1983, o Banco Mundial entregou ao Governo recomendações que postulavam contribuir para o desenvolvimento do saneamento rural no Brasil. A partir de então, originou-se uma solicitação do Banco Nacional da Habitação (BNH) à SEPLAN para que fosse dada prioridade à promoção de um trabalho nessa área (IPEA, 1985).

A criação do PNSR-85 estabelecia a “realização de um trabalho de base que possa lançar raízes para uma ação permanente e duradoura” (IPEA, 1989a, p. 11). No âmbito do Projeto foram criados estudos e assistência técnica aos estados com o objetivo de traçar um diagnóstico da realidade e elaborar um Programa Nacional de Saneamento Rural (Teixeira, 2014).

O PNSR formulou e está propondo políticas e estratégias para uma ação conjunta de distintos níveis de governo, organizações comunitárias e população, em saneamento rural, que incluem as atribuições e responsabilidades das várias instâncias governamentais, bem como as formas de participação das comunidades, visando envolvê-las na solução de seus problemas de saúde e de suas necessidades de saneamento e de desenvolvimento. O PNSR também estruturou e está propondo diretrizes para o desenvolvimento de recursos humanos para o subsetor e alternativas de obtenção e mobilização de recursos financeiros para investimentos e para funcionamento dos sistemas locais. Estão, ainda, em estudos, tecnologias apropriadas ao meio rural, que deem garantia de economia, eficiência e funcionamento confiável na prestação dos serviços de saneamento (IPEA, 1989a, p. 11).

Durante o processo de formulação do PNSR-85, o estado Minas Gerais foi responsável pela implementação de um projeto piloto e, na sequência, o PPNSR teria sua metodologia replicada nacionalmente. O PPNSR implementado no estado mineiro teve como meta atender

a 200 comunidades rurais, com populações variando entre 200 e 2.000 habitantes, com serviços de abastecimento de água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias (módulos sanitários domiciliares e/ou públicos). Todavia, segundo a estimativa da Companhia de Saneamento de Minas Gerais – Copasa, coordenadora do Projeto no estado, 30% dos sistemas já implantados encontram-se abandonados antes mesmo do término do piloto (Costa, 2003; Dias, 1994). Dessa forma, nas palavras de Costa (2003, p. 68), ocorreu “uma grande perda do esforço para se constituir uma política para o saneamento rural no Brasil”.

A execução do Projeto Nacional de Saneamento Rural (PNSR), no período de 1985 a 1989, constituiu-se em uma das primeiras iniciativas em nível nacional para o planejamento da atuação em saneamento rural no Brasil. O Projeto foi coordenado pelo Comitê Interministerial de Saneamento Rural, composto pelo Ministério da Saúde, Ministério de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente e Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA), este último, designado como executor do Projeto pela Secretaria de Planejamento da Presidência da República (SEPLAN). Esse projeto também contou com o apoio de órgãos internacionais: a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS) promoveu assessoria técnica durante a formulação do PNSR, por meio de seus consultores nacionais e internacionais, e o Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), instituição que integra o Grupo Banco Mundial, foi responsável pelo nascimento parcial do Projeto, por meio de empréstimo ao governo brasileiro.

Observa-se que a parceria com organismos internacionais proporcionou os apoios técnico e financeiro necessários para o fomento ao PNSR. Tecnicamente, o referido Projeto contava com o apoio de entidade que expandia a sua atuação e já possuía parcerias com o governo brasileiro na formação de trabalhadores para a saúde. Desde a década de 1960, após a difusão do planejamento em saúde pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), a OPAS ficou encarregada de assessorar os países que receberam recursos de agências financiadoras internacionais na elaboração de suas políticas, bem como avaliar os projetos elaborados com o intuito de se alcançarem as metas pré-estabelecidas (Giovanella, 1991).

3. O SANEAMENTO RURAL DO BRASIL DEPOIS DA CONSTITUIÇÃO DE 1988

No Brasil, toda a década de 1980 também foi marcada pelo processo de redemocratização, depois de um período de 20 anos de ditadura militar. Esse processo de efervescência política acarretou mobilização da sociedade em diversas frentes, culminando na promulgação de uma nova Constituição no ano de 1988, que vem estabelecer um novo pacto político. Destaca-se aqui a atuação do movimento sanitarista, envolvendo diferentes atores, de distintas áreas, ligados às questões sociais, como os movimentos de moradias populares que lutavam por habitação e políticas de saneamento.

A Constituição Federal de 1988 (CF/1988) reconheceu a política de saneamento básico como importante elemento para efetivação do direito à saúde e prevê a obrigatoriedade de implementação de “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988). No Brasil, somente depois da homologação da Constituição de 1988, é que o saneamento é pensado como um direito fundamental, trazendo expressamente não somente os preceitos constitucionais, bem como as responsabilidades acerca dessa política pública dentro do Inciso IV, do art. 200 da CF/88, deixando claro o campo em que o saneamento está inserido. Não podemos esquecer que a saúde como política pública é preceito constitucional, assim como a educação, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, como a seguir:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: inciso IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (Brasil, 1988).

A despeito do avanço constitucional, essa definição teve pouca influência nas relações entre os setores e no próprio setor saneamento que, naquele momento, passava por uma paralisação política e financeira, que veio a se agravar na década de 90. Costa e Fiszon (1989) ressaltaram esse fato, ao afirmarem que “passou sem nenhum registro a decisão da Constituinte que inclui, no Capítulo da Ordem Social, a competência do Sistema Único de Saúde o setor saneamento” (Costa; Fiszon, 1989, p. 3). Naquele momento, e até hoje, o saneamento era visto como uma medida de infraestrutura das cidades, como um investimento necessário à reprodução do capital, como um serviço que deveria ser submetido à lógica empresarial, sendo a autossustentação um pressuposto fundamental (Borja, 2004).

Depois da criação da Constituição Federal de 1988, o saneamento básico foi considerado um direito da população universal brasileira, incluindo a população rural e a população urbana. Apesar de não definir o que seja saneamento básico, a CF/1988 evidencia, ao mencionar o termo em alguns artigos, que se trata de um direito. Conforme exposto por Freire (2017), a expressão saneamento básico aparece na Constituição brasileira em três trechos diferentes. O primeiro, no inciso XX, art. 21, no qual se “atribui à União a competência [para] instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos”. O segundo trecho aparece no inciso IX, art. 23, que trata da competência comum dos diferentes entes federados quanto à promoção do saneamento básico. A terceira vez que o termo aparece na CF/1988 ocorre no inciso IV, art. 200, no qual se atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a competência de participar da formulação e da execução da política e das ações referentes ao saneamento básico no país. Apesar dessas menções, conforme o ordenamento jurídico nacional, a definição mais precisa do que seja saneamento básico e qual a função do Estado com relação aos serviços que em conjunto compõem o que se entende por saneamento básico, ficou a cargo de normas infraconstitucionais.

A garantia do saneamento também se materializou na nova política de saúde criação pela Constituição de 88, a partir da instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. Dessa forma, o planejamento e a execução das duas linhas de atuação (ações coletivas e assistência médica previdenciária), que faziam parte da política de saúde brasileira, antes isoladas, tornam-se um bloco sob comando único. Na prática, a relação entre os setores de saúde e saneamento permaneceu tímida, apesar de ser contemplada nos instrumentos legais. A Constituição de 1988, em seu artigo 200, explicita que compete ao SUS participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico (Brasil, 1988). Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990) estabelece o saneamento básico como um dos determinantes ou condicionantes da saúde (Brasil, 1990b).

Foi nesse contexto pré e pós-constituinte que foi formulado o Projeto Nacional de Saneamento Rural – PNSR-85. Na década 1990, durante o Governo Collor, iniciam-se as movimentações para dar suporte à entrada do capital privado no saneamento, inexistindo uma proposta política articulada para o setor. Essa tendência é seguida pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1995. As atribuições de gestão do saneamento urbano foram transferidas para o Ministério de Planejamento e Orçamento, por meio da Secretaria de Política Urbana, denotando sua autonomia e seu caráter econômico, relacionado ao desenvolvimento

urbano (Menicucci D'Albuquerque, 2018). E o Ministério da Saúde, por meio da Funasa, permaneceu responsável pela realização de ações de saneamento e saúde ambiental em municípios de pequeno porte populacional – com até 50.000 habitantes – e nas áreas rurais, utilizando-se, para isso, critérios de saúde pública.

Diante dessa breve descrição dos principais fatos históricos-institucionais relacionados ao saneamento, questionam-se as motivações para a formulação de um projeto nacional de saneamento rural na conjuntura do final dos anos 1980 e início dos anos 1990. Buscando compreender as circunstâncias que culminaram na abertura de janela de oportunidades para a formulação do PNSR-85, apresentam-se neste capítulo os resultados da análise realizada, que permitiu a identificação de alguns fatores que exerceiram importante influência nos setores de saneamento e saúde, culminando na entrada do PNSR-85 na agenda pública e seu posterior esfacelamento.

Na história do saneamento no Brasil, as demandas de áreas mais urbanizadas e economicamente viáveis sempre receberam maior atenção do poder público, em detrimento das áreas rurais. Nas áreas rurais, as demandas do saneamento têm sido preteridas no contexto local, ganhando visibilidade em programas de outros níveis de governo, havendo o predomínio de ações compartmentalizadas, em função da fragmentação da política. A questão supracitada basilar na referência para a formulação do PSBR foi a Política Federal de Saneamento Básico. O Marco legal do setor de saneamento no Brasil, a Lei Federal n.º 11.445, de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais para as ações em saneamento básico, destaca a garantia de meios adequados para o atendimento da população rural dispersa, a partir da utilização de soluções que sejam compatíveis com suas características.

Apesar da atual política pública brasileira de saneamento básico destacar a equidade e a universalização do acesso aos serviços como integrantes de seus princípios fundamentais, historicamente, os investimentos em ações de saneamento no Brasil foram priorizados nos centros urbanos. O saneamento, assim como outras políticas públicas, não foi implementado nos territórios rurais na mesma proporção que foi criado nos territórios urbanos. Somente em 2007 entrou em vigor a Lei n.º 11.445, aprovada pelo Congresso Nacional após mais de uma década de discussões, que estabeleceu as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a Política Federal de Saneamento Básico. O inciso I, do artigo 3º, da Lei considera o saneamento básico como o “conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais”, sendo composto de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de águas pluviais e de

resíduos sólidos. A referida lei destaca o seguinte:

- a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição; b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente; c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas; d) drenagem e manejo das águas pluviais, limpeza e fiscalização preventiva das respectivas redes urbanas: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas;

Os desafios para ampliação do saneamento no meio rural brasileiro são inúmeros. Para que algum dia possa se pretender universalizar o acesso da população brasileira ao saneamento básico, inclusive no meio rural, ainda há muito a ser realizado. Entre esses desafios estão o orçamentário, o político e outros. O planejamento realizado pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) com relação ao Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) (Funasa, 2019; 2021) foi bastante abrangente e detalhista, além de ser salutar e servir de guia orientador do que se deve fazer para o aprimoramento do saneamento no meio rural brasileiro nos próximos anos. Não obstante, o PNSR é apenas o primeiro passo no ciclo de vida da política pública relativa ao saneamento rural. A questão relativa aos desdobramentos práticos do PNSR, condicionados à sua implementação, depende da superação de alguns desafios. Considera-se que o primeiro, e possivelmente maior, seja o desafio orçamentário. Com a crise fiscal que atinge todos os níveis do Estado nos últimos anos, a disputa por recursos do orçamento entre programas, instituições públicas, grupos de interesse etc. tem se intensificado.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos que a preocupação com a situação do saneamento básico emergiu no contexto de intensas epidemias que assolavam o Brasil, no início do século XX. Ou seja, as políticas de saneamento foram criadas no Brasil a partir das necessidades emergências geradas nas cidades. Nesse período, profissionais de saúde também questionavam as condições precárias em que vivia a maioria da população brasileira, surgem as expedições pelo interior do Brasil em busca de se traçar um diagnóstico sanitário das áreas rurais. O saneamento tem raízes históricas entrelaçadas às origens da saúde pública no Brasil, remontando aos primeiros

esforços de combate à propagação de enfermidades. Porém, houve o distanciamento entre as ações de saúde e saneamento a partir da década de 1960, o que resultou em políticas desconexas. O setor de saúde avançou rumo ao modelo assistencialista, com substancial expansão da assistência médica previdenciária para constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, na maioria, de natureza privada.

Nota-se que saneamento básico no Brasil é um problema histórico e difícil de ser solucionado, pelo que percebemos. E não se trata apenas de recursos e investimentos para que se chegue na tão sonhada universalização dos serviços. O Brasil é um país continental com peculiaridades em cada região. Em verdade, a falta de investimentos em saneamento básico ocasiona inúmeras consequências, agredindo a população e demandando mais aporte de recursos do governo para a reparação dos danos. Todavia, ainda é necessário um conjunto maior de esforços e de uma cobrança maior por estratégias e planejamentos de gestão de universalização do acesso que saia do papel. E mais que planejar, necessário e imprescindível executar, não perder recursos públicos que atualmente estão cada vez mais escassos, e entregar as obras e ações para a garantia de serviços de qualidade.

Atualmente o Brasil vivencia um importante momento em suas políticas de saneamento rural, caracterizado pela formulação do Programa Nacional de Saneamento Rural (Fundação Nacional de Saúde [FUNASA], 2019), sob coordenação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Sabe-se que a análise das principais políticas públicas previamente desenvolvidas auxilia na elaboração de políticas mais efetivas, uma vez que este tipo de estudo possibilita a apreensão dos avanços realizados e dificuldades vivenciadas.

5. REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, R. *Funções e medidas da ruralidade no desenvolvimento contemporâneo*. Texto para discussão 702. Rio de Janeiro: IPEA. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/963>>. Acesso em: maio 2020.

ABUBAKAR, I. R. Exploring the determinants of open defecation in Nigeria using demographic and health survey data. *Science of the Total Environment*, v. 637–638, [s.n.], p. 1455–1465, 2023.

ALBUQUERQUE, C. *Realising the human rights to water and sanitation: a handbook by the UN special rapporteur*. Booklet 1: Introduction. Portugal: Human Rights to Water &

Sanitation, 2014. Disponível em:
<<https://www.ohchr.org/EN/Issues/WaterAndSanitation/SRWater/Pages/Handbook.aspx>>. Acesso em: ago. 2023.

ALEIXO, B.; PENA, J. L.; HELLER, L.; REZENDE, S. Infrastructure is a necessary but insufficient condition to eliminate inequalities in access to water: research of a rural community intervention in Northeast Brazil. *Science of the Total Environment*, v. 652, [s.n.], p. 1445–1455, 2019.

ALINNO, F. C.; SULE, J. G.; IKWEGBE, D. Rural economic development: policy implementation in Nigeria. *Arabian Journal of Business and Management Review*, v. 2, n. 2, p. 14–26, 2012.

ALLISON, M. C. Balancing responsibility for sanitation. *Social Science and Medicine*, v. 55, n. 9, p. 1539–1551, 2002.

ALMEIDA, B. C.; PAULA, S. L. O papel da avaliação de políticas públicas no contexto dos governos locais. *Planejamento e Políticas Públicas*, [s.v.], n. 42, p. 39–59, 2014.

ARRETCHE, M. T. S. Política nacional de saneamento: a reforma do sistema na perspectiva das principais entidades do setor. In: ENCONTRO DA ANPUR, 6., 1995. *Anais*. Brasília: Anpur, 1995.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 14, n. 40, p. 111–141, 1999.

ARSAE. *Diagnóstico da Copasa Serviços de Saneamento Integrado do Norte e Nordeste de Minas Gerais S/A – Copanor*. Nota Técnica ARSAE-MG 01/2016. Belo Horizonte, 2016. Disponível em:
<http://www.arsae.mg.gov.br/images/documentos/audiencia_publica/11/NT_Arsae_012016_DiagnosticoCopanor.pdf>. Acesso em: abril. 2023.

ASSIS, T. R. P. Sociedade civil e a construção de políticas públicas na região semiárida brasileira: o caso do Programa Um Milhão de Cisternas Rurais (P1MC). *Revista de Políticas Públicas*, v. 16, n. 1, p. 179–189, 2012.

ATAÍDE, G. V. T. L.; MORAES, L. R. S.; BORJA, P. C. *Autogestão em saneamento básico no Brasil: experiências e aprendizado*. EXPOSIÇÃO DE EXPERIÊNCIAS MUNICIPAIS EM SANEAMENTO, 16., 2012. *Anais*. Maringá - PR: Assemae, 2012.

BAER, W. The resurgence of inflation in Brazil, 1974-1986. *World Development*, v. 15, n. 8, p. 1007–1034, 1987.

BAPTISTA, M. V. *Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação*. São Paulo: Veras Editora, 2002.

BRASIL. *Portaria Interministerial N. 55, de 19 de dezembro de 1984*. Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Ministério do Interior e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. *Projeto de estudos, assistência técnica e reorganização institucional do subsetor de saneamento básico rural. Termos de Referência*. Documento de trabalho, 05 de julho de 1985. Brasília, DF, 1985a.

BRASIL. *Portaria Interministerial N. 30, de 28 de fevereiro de 1985*. Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Ministério do Interior e Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1985b.

BRASIL. *Decreto N. 91.179, de 01 de abril de 1985*. Dispõe sobre a definição da estratégia de desenvolvimento rural para pequenos produtores, e a criação do Programa de Apoio ao Pequeno Produtor Rural, no âmbito do programa de Desenvolvimento da Região Nordeste. Brasília, DF, 1985c.

BRASIL. *I Plano Nacional de Desenvolvimento da República Nova: 1986 - 1989*. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <<http://bibspi.planejamento.gov.br/>>. Acesso em: set. 2019.

BRASIL. *Brasil: Programa Nacional de Saneamento Rural*. Versão preliminar elaborada em dezembro de 1987. Instituto de Planejamento Econômico e Social. Brasília, DF, 1987.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. *Programa Nacional de Saneamento Rural - PRORURAL*. Ministério da Ação Social, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1990a.

BRASIL. *Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b.

BRASIL. *Decreto Nº 100, de 16 de abril de 1991*. Institui a Fundação Nacional de Saúde. Brasília, DF, 1991.

BRITO, F. Brasil, final de século: a transição para um novo padrão migratório?. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000. *Anais*. Caxambu, Minas Gerais: ABEP, 2000.

BRITTO, A. L. N. P. Estudo Proposições para acelerar o avanço da política de saneamento no Brasil: tendências atuais e visão dos agentes do setor. In: HELLER, L. (Org.). *Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2018. p. 53–104.

BRITTO, A. L. N. P.; REZENDE, S. C.; HELLER, L.; CORDEIRO, B. S. Da fragmentação à articulação: a política nacional de saneamento e seu legado histórico. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, v. 14, n. 1, p. 65–83, 2012.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o Serviço Especial de Saúde Pública e seu programa de enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 879–888, 2008.

CASTRO, J. E. Políticas públicas de saneamento e condicionantes sistêmicos. In: HELLER, L.; CASTRO, J. E. (Org.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 53-75.

CASTRO, S. V. *Análise do Sistema Integrado de Saneamento Rural - SISAR, em sua dimensão político-institucional, com ênfase no empoderamento das comunidades participantes*. 2015. Tese (Doutorado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos) Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

COSTA, A. M. *Avaliação da política nacional de saneamento, Brasil - 1996/2000*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

COSTA, A. M.; MELAMED, C. A política de saneamento básico no Brasil, 1980-1991. *Saúde em Debate*, [s.v], n. 38, p. 84–89, 1993.

COSTA-FILHO, A. *Estado-Nação e construção do futuro*. Brasília: CEPAL/IPEA, 2010.

COSTA FILHO, O. S.; REZENDE, S. C. O saneamento na agenda pública: a dinâmica política e a implantação dos serviços em Rio Branco - Acre. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional*, v. 12, n. 1, p. 331–354, 2016.

IPEA. *Nota Técnica N. 018 de 25 de março de 1985*. Instituto de Planejamento Econômico e Social, Brasília, DF, 1985.

IPEA. *Projeto Local de Saneamento Rural*. Série saneamento rural 1. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1989a.

IPEA. *Bases para formulação de políticas e programas em saneamento rural*. Série saneamento rural 2. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1989b.

IPEA. *Subsídios para elaboração de programas estaduais de saneamento rural*. Série saneamento rural 3. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1989c.

IPEA. *Fundamentos conceituais e metodológicos da educação e participação em saneamento rural*. Série saneamento rural 4. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990a.

IPEA. *Subsídios metodológicos para a prática de educação e participação em saneamento rural*. Série saneamento rural 5. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990b.

IPEA. *Subsídios para a discussão da questão tarifária em saneamento rural*. Série saneamento rural 6. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990c.

IPEA. *Modelo computacional para programação financeira em saneamento rural*. Série saneamento rural 7. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990d.

IPEA. *Estudos de caso para uma alternativa metodológica de elaboração de material educativo em saneamento rural (ações experimentais do PNSR)*. Série saneamento rural 8. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990e.

IPEA. *Subsídios para o estabelecimento de um programa de desenvolvimento de recursos humanos para o saneamento rural*. Série saneamento rural 9. 2. ed. Brasília: Instituto de Planejamento Econômico e Social, 1990f.

PUGIN, S. R.; NASCIMENTO, V. B. *Principais marcos das mudanças institucionais no setor saúde (1974-1996)*. Centro de Estudos de Cultura Contemporânea. 1996. Disponível em: <http://www.cedec.org.br/files_pdf/didati1.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

TEIXEIRA, J. B. Saneamento rural no Brasil. In: REZENDE, S. (Org.). *Panorama do Saneamento Básico no Brasil*. Vol. 7. Brasília: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, 2014. p. 237–294.

TEIXEIRA, S. M. F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública*, v. 21, n. 4, p. 94–115, 1987.

Sobre os autores:

Jucélia Bispo dos Santos | E-mail: prof.jucelia@bol.com.br

Graduação em Licenciatura em História pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2002), mestrado em Estudos Étnicos e Africanos pela Universidade Federal da Bahia (2008) e doutorado em Sociologia pela Universidade Federal de Sergipe (2014). Professora de sociologia na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Tem experiência na área de História e Sociologia, com ênfase em História e Sociologia das Populações Negras, atuando principalmente nos seguintes temas: Comunidades Quilombolas, Políticas Públicas e História do Pós-Abolição no Sertão da Bahia.

Carlos Henrique de Oliveira | E-mail: carloshenricoliver@aluno.unilab.edu.br
Graduando em Farmácia pela Universidade da Integração internacional da Lusofonia Afro-brasileira – UNILAB

Magda Baptista da Silva | E-mail: magdadasilva931@gmail.com
Graduanda do curso de Enfermagem no terceiro semestre da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro -Brasileira (UNILAB- CE). Técnica média de Análises Clínicas pela Escola Técnico de Saúde de Luanda.

Maria Jardeane Lopes Pereira | E-mail: jardeanelopes290@gmail.com
Estudante de graduação em Agronomia pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira. Atuou no Programa Bolsa de Monitora na disciplina Física do Solo, além de ter experiência em Fitoquímica e Bioquímica de Alimentos. Possui nível Técnico em Química e atuação como bolsista de iniciação científica em 2022.

Manuel Fernandes Muango |
Graduando do curso de Bacharelado em Humanidades da Unilab (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira).

Sandra Camala Correia |
Graduanda do curso de Relações Internacionais da Unilab (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira).