

AS DISPUTAS POLÍTICAS NA GESTÃO DA SAÚDE EM PRESIDENTE PRUDENTE

Eduardo Werneck **RIBEIRO**¹

Resumo: O objetivo deste texto é apresentar uma análise do processo de democratização de uma gestão local de saúde e seus atores políticos. A democratização está sendo entendida aqui como a possibilidade efetiva de haver interlocução entre interesses sócio-políticos plurais e divergentes. Consideramos a trajetória da municipalização da saúde em Presidente Prudente, município do interior do Estado de São Paulo, no período de 1988 a 2004, enfocando-se a dinâmica interna de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

Palavras – chaves: Disputas políticas, Geografia da Saúde, Políticas Públicas de Saúde, SUS.

Abstract: The objective of this article is to present an analysis of the process of democratization of a local management of health and its actors politicians. We understand about the democratization as the possibility accomplishes to have interlocution between plural and divergent social political interests. We consider the trajectory of the municipalization of the local public health system in President Prudente, city located in the countryside of the São Paulo State. The period wich we sudy is from 1988 to 2004, focusing it dynamic intern of functioning of the City council of Health.

Key-words: Political dispute, Geography, Health Geography, Public Politics of Health, SUS (Brazilian Public Health System)

Apresentação:

O Brasil ainda não tem um modelo de atenção à saúde adequada, que atenda aos problemas de saúde no país com equidade. Os modelos vigentes de gestão de saúde em muitos municípios mantêm caráter assistencialista, sendo incapazes de responder às necessidades da população.

Levando em conta as diretrizes de descentralização e participação que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo deste texto é apresentar uma análise do processo de democratização de uma gestão local de saúde e seus atores políticos. A democratização está sendo entendida aqui como a possibilidade efetiva de haver interlocução entre interesses sócio-políticos plurais e divergentes.

Para o desenvolvimento deste texto foi considerada a trajetória da municipalização da saúde em Presidente Prudente, município do interior do Estado de São Paulo, no período que vai de 1988 a 2004, enfocando-se a dinâmica interna de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Mostrar o caminho percorrido pela crise da saúde de Pres. Prudente, através das notícias publicadas nos periódicos locais até o momento onde foi decretada a perda da capacidade do município em gerir os recursos destinados ao SUS local, e assim evidenciando a arena de disputa, os principais atores e estaremos também encontrando qual é a opção de gestão do sistema de saúde público local.

Introdução ao tema:

A construção de um modelo de gestão municipal em saúde que privilegie uma relação com a sociedade baseada na circulação de informações, na responsabilidade solidária e controle social das ações do governo exige uma série de mudanças nas práticas de gestão normalmente adotadas pela tradição política brasileira.

Neste sentido, a Constituição Federal de 1988 consolidou frutos do processo de (re)democratização do Estado e das lutas dos movimentos sociais dos anos 70/80, que criticavam contundentemente o Estado centralizador, técnico-burocrático, normativo, excludente tanto da participação política quanto das políticas sociais e, em particular, ao sistema de saúde pública, naquela época, exclusivo e centrado no diagnóstico individual e na cura da doença.

A saúde, inscrita na Constituição Federal de 1988 entre os direitos sociais, foi reconhecida como dever do Estado e direito de cidadania estendido a todos os brasileiros. Naquele momento político, havia o pensamento da descentralização político-administrativa e da democratização do sistema de saúde brasileiro, encabeçado pelo

¹ Mestre em Geografia pelo Programa de Pós-graduação em Geografia da FCT-UNESP.
E-mail: eduwer@hotmail.com

movimento da Reforma Sanitária, que posteriormente ajudou a construir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir da institucionalização do SUS, a democratização da gestão da saúde vem sendo buscada através de uma reengenharia nas relações de poder das três esferas de governo, calcada em relações recíprocas entre Estado e Sociedade. Regulamentada pela Lei 8.142 de 28 dezembro de 1990, a “participação da comunidade” dentro do âmbito do Estado está prevista por via da criação de Conselhos de Saúde, definidos legalmente como instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, e compostos por diferentes grupos sócio-políticos: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários.

Ficam claras tanto nas leis do SUS quanto nas normas formuladas pelo Ministério da Saúde (Normas Operacionais Básicas 01/93 e 01/96) as diretrizes estruturais deste processo de reforma: a universalidade do sistema, com assistência garantida mesmo para aqueles que não estão inseridos na economia formal; a descentralização e a municipalização da gestão do sistema; a integralidade da atenção e participação popular nos conselhos deliberativos.

Segundo Heimann et al. (1998) a descentralização no sistema de saúde avançou depois da implantação da gestão descentralizada, conferindo poder aos gestores municipais. O autor afirma que estes desenvolveram sua capacidade gerencial, aumentaram a oferta de ações e serviços de saúde, aproximaram-se das necessidades de saúde da população, estabeleceram um novo padrão de relacionamento entre os setores público e privado e imprimiram maior dinâmica na participação da comunidade no controle público do sistema de saúde. Obviamente, o processo de implementação do SUS está longe de poder ser considerado concluído.

Não podemos nos deixar iludir por todos os efeitos positivos citados por Heimann no parágrafo acima. Isto não é a realidade de todos os municípios do Brasil. Existem resultados onde os municípios que assumiram a gestão da saúde são desastrosos e muitas vezes criam ambiente que impossibilitam a boa gestão da coisa pública.

Os impasses advindos da escolha daqueles municípios que nunca tiveram tradição em políticas públicas de saúde como é o caso da grande maioria dos municípios brasileiros, por modelos de gestão plena, demonstram a fragilidade do poder público na interlocução com os prestadores de serviços e com a sociedade.

Dificuldades decorrentes além da política econômica atual, somando o número de municípios e a grande diversidade regional existente no país, os conflitos com os mais diversos interesses que um sistema como esse gera, também se constituem em obstáculos tanto técnicos como políticos para o avanço desta proposta de saúde pública universal.

Segundo Vianna (1999), devemos lembrar que os municípios não podem ser considerados de forma simétrica, ou seja, não se pode imaginar que todos os municípios sejam iguais, funcionem do mesmo modo, tenham o mesmo nível de necessidades ou, mais especificamente, tenham o mesmo padrão de receitas e despesas.

O leitor verificará através do exemplo de Presidente Prudente², analisado a seguir, como estas cidades que não participaram da discussão do SUS estão encontrando dificuldades na manutenção da administração do setor.

A crise da saúde de Presidente Prudente em 2004

“Conselho aprova desabilitação da gestão plena” Esta foi a manchete estampada na primeira página do Jornal *O Imparcial* no dia 18 de setembro de 2004. De acordo com este jornal, o Conselho Estadual de Saúde havia aprovado a desabilitação da gestão plena do SUS (Sistema Único de Saúde) do município de Presidente Prudente.

Tal fato nos interessa aqui para a identificação dos atores políticos envolvidos na questão, bem como o jogo de interesses e as disputas entre eles. Por causa disto, iremos nos ater à seqüência de fatos noticiados pela imprensa local no decorrer do ano de 2004, visando buscar elementos para esta análise. Como neste ano, o tema da saúde ganhou enorme destaque nos jornais³ devido à eleição municipal, selecionamos as principais notícias para o propósito desta reflexão:

2 Guimarães (2000) demonstrou em sua tese de doutorado que a história da saúde pública em Presidente Prudente, dominada pelas oligarquias rurais, tomou a forma da benevolência dos coronéis e de seus afilhados políticos. Tal prática produziu no imaginário social local uma cadeia sinônima entre a luta por mais saúde pública e a criação e expansão da Santa Casa de Misericórdia.

3 Durante os meses que analisamos, o Jornal *Imparcial* destinava um espaço titulado “Fala povo: Como você analisa a crise na Saúde Pública de Presidente Prudente”. Neste espaço, havia comentários da população em geral sobre a crise da saúde.

- 1) Em 9 de janeiro de 2004, o jornal *O Imparcial*, 4 já alertava em sua coluna *Plantão* que o governo repassava, em média, 1,7 milhões de reais por mês ao município e que haveria muito pano para manga (sic) com a forma da aplicação e a com a falta de fiscalização da verba da saúde.
- 2) No dia 15 de janeiro, dois meses depois do anúncio da Santa Casa (novembro de 2003) em não atender mais pelo SUS, o Pronto Socorro passa a ser atendido pelo Hospital Universitário. A Santa Casa alegou ser impossível manter o funcionamento do Pronto Socorro após a prefeitura anunciar mudanças no valor do repasse que fazia às instituições prestadoras de serviços conveniadas ao SUS (Sistema Único de Saúde). A verba do SUS, enviada pelo governo federal, era complementada pela prefeitura, que decidiu remanejar os valores.
- 3) No dia 25 de janeiro, a notícia, no mesmo periódico, era que a Prefeitura decidiu pela redução de R\$900.000,00 reais no repasse aos prestadores de serviços de saúde do município, diminuindo em 34% o teto financeiro para esta rubrica. Com a determinação do corte do teto, houve várias manifestações diante da prefeitura. Dentre estas, a manifestação que ganhou grande destaque no jornal *O Imparcial*, foi aquela realizada pelos funcionários dos hospitais de saúde mental, Allan Kardec e Bezerra de Menezes que começaram a dar altas a seus pacientes sob alegação de não ter recursos para mantê-los.
- 4) No dia 8 de fevereiro de 2004, o governador Geraldo Alckimim, afirmava que aguardava a posição da auditoria da Comissão Bipartite (Conselho dos secretários de saúde da região e a Direção Regional de Saúde- DIR) de Saúde para comentar se o Estado iria assumir a gestão. Afirmava o governador que o responsável pelo pagamento aos prestadores de serviços de saúde era o poder público local e que estava informado de uma série de denúncias do não pagamento dos serviços prestados.
- 5) No mesmo dia, em seu editorial, *O Imparcial* afirmava que os interesses pessoais, caprichos políticos e a postura da

4 Os itens sublinhados a seguir são grifos nossos para identificarmos os atores políticos.

- maioria da Câmara Municipal em não fiscalizar acabaram conduzindo o sistema de saúde pública em Presidente Prudente ao caos. Não bastasse, a coluna *Plantão*, do mesmo dia, apontava que no relatório da Comissão de Acompanhamento e Avaliação do Setor de Saúde da Câmara deveria conter a denúncia do prefeito contra seus ex-secretários — o vereador Alfredo Penha e sua esposa, Luciana Penha — por omissão.
- 6) Em uma reunião realizada no dia 11 de fevereiro, os secretários municipais de saúde da região aprovaram o relatório da Comissão Bipartite e a sugestão para o descredenciamento da gestão plena de Presidente Prudente. Não foi uma decisão final, mas uma sugestão que ainda seria enviada para apreciação da Comissão Estadual⁵.
 - 7) No dia 27 de fevereiro, o Editorial do *Imparcial*, ressaltou a importância da construção do hospital do Câncer, que naquele momento comemorava-se a primeira laje construída. Descrevia também, algumas contribuições financeiras como a do Estado de São Paulo com R\$ 4,7 milhões e da fundação Bradesco com R\$ 250.000,00 - sem contar as muitas em menor escala dos municípios. Incentivou, o editorial do jornal, para o empenho em continuar contribuindo e apontava que com a organização das comunidades locais e regionais chegariam a meta o mais rápido possível.
 - 8) Contrapondo este editorial, na coluna *Plantão*, a notícia era que o Instituto de Radioterapia estava tomando uma atitude drástica em cortar até 60% o número de atendimentos a seus pacientes devido ao corte do repasse de verbas. Também na mesma coluna, a Câmara Municipal estaria realizando naquela data, a audiência pública da Secretaria Municipal da Saúde de Presidente Prudente para apresentar à sociedade dados das suas atividades nos últimos quatro meses, por força de lei do setor. O “interessante” que nos dias seguintes não houve nenhum comentário sobre o resultado desta audiência.

5 A íntegra do relatório está na página 4-B do caderno Cidade do Jornal *O Imparcial*

- 9) 4 de março foi o dia em que a Comissão Estadual iria dar o parecer sobre a possível perda da gestão plena de Saúde do município, ao contrário do que muitos poderiam imaginar, o prefeito não pareceu muito preocupado com a possível perda da Gestão Plena de Saúde no município. Na reportagem do jornal *Oeste Notícias*, do mesmo dia, ele disse: “Vejo isso com muita satisfação. Eu não quero a gestão plena”. Além do mais, o prefeito deixou claro que, da forma como o Ministério da Saúde vem administrando os recursos do SUS (Sistema Único de Saúde) no município, a Gestão Plena não é um bom negócio. Segundo o prefeito Agripino de Oliveira Lima: “o Ministério da Saúde manda R\$ 1,6 milhão para 30 prestadores de serviços, o que eu faço com isso?”, questionou. “O Estado que tome conta, porque eu não quero mais a Gestão Plena”, completou. Agripino também sugeriu que os prestadores de serviço do SUS na cidade recorram ao Governo Federal “na hora que precisarem de dinheiro”, caso a perda se confirme hoje. “Eles [os prestadores] que vão para Brasília falar com Lula, quero ver se eles têm coragem. Vão pedir o dinheiro da CPMF”, disse o prefeito.
- 10) Tardiamente, o Conselho de Saúde se reúne para analisar a situação da Saúde local, de acordo com a notícia do *Imparcial* no dia 18 de março. Assim, o Conselho tentando dar uma satisfação à população por meio de um relatório de defesa, demonstrou a ineficiência - já constatada pela Câmara Municipal no editorial do *Imparcial* do mesmo dia, e ficou apenas no plano da discussão e possíveis encaminhamentos sem alguma substancial repercussão.

No decorrer dos meses seguintes, começaram as articulações políticas para as eleições municipais e as manchetes sobre as notícias do setor de saúde deixaram de ganhar notoriedade, por alguns meses, até o começo do pleito em julho.

A situação da gestão da saúde pública em Presidente Prudente foi o principal alvo de ataques da oposição ao prefeito Agripino Lima que, crescente-se, foi reeleito.

O calor da disputa eleitoral fomentou um clima de caos, levando a população a pensar que estava desassistida; e o que é pior, pensava-se que nada podia fazer para buscar soluções, a não ser esperar pelo resultado das eleições, quando o “grande salvador” viria e tudo ficaria bem, menosprezando a complexidade da saúde pública.

As decisões políticas não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo. Ao contrário, são resultados de uma seqüência de decisões, tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais.

Torna-se imprescindível uma análise da luta que se trava na arena política, na qual as imposições e ocupação de espaços pelos atores, no âmbito da formulação das políticas públicas que envolvem o tema, quando observado o papel dos atores. Estes exercem influência no processo decisório e também função fiscal, buscando influenciar as decisões (tanto na esfera do legislativo como do executivo) de acordo com seus objetivos.

Para orientação da nossa reflexão, listamos a seguir os principais atores (grifados nas notícias descritas acima) que participaram no confronto de posições, que redundaram (ou redundam) na formulação de políticas públicas de saúde de Presidente Prudente.

Jornal O Imparcial: Um dos jornais mais antigos de Presidente Prudente. Em sua história, o jornal tem demonstrado apreço por causas filantrópicas/sociais locais e regionais, e apóia atualmente, ações como a construção do Hospital do Câncer, e tem dado ampla cobertura ao caso do fechamento do Pronto Socorro (PS) da Santa Casa e aos problemas gerados com a falta de remédios nas Unidades Básicas de Saúde do município e região.

Em vários de seus editoriais e matérias publicadas ao longo do período analisado, **O Imparcial** apontou supostas irregularidades na prestação de contas da Saúde, como também criticou os trabalhos da Câmara Municipal e Conselho Municipal de Saúde. É visto na cidade como jornal de oposição ao grupo político do prefeito Agripino.

Prefeito Agripino Lima: político com grande hegemonia na política local, é cotista da Associação Prudentina de Educação e Cultura (APEC), que por sua vez é mantenedora do Hospital Universitário da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste). É acionista de várias empresas de telecomunicação como o Jornal Oeste Notícias e TV Hum (Canal Futura) e de um plano de saúde Unoeste Saúde.

Ministério da Saúde: organismo do Estado que administra a Saúde na esfera federal. É a última instância para a análise de descredenciamento de uma cidade da gestão plena.

Conselho Municipal de Saúde: É o principal órgão deliberativo da gestão local do SUS. A sua atuação não teve um papel efetivo na condução da Saúde. Aprovou e não questionou as manobras fiscais e políticas no repasse de verbas do SUS. Esteve sempre atrasado nas discussões. A própria reunião do dia 18 de março, mencionada anteriormente, mostrou o descompasso e a falta de integração com outros atores envolvidos. Não houve divulgação de seus atos antes dos problemas surgirem.

Câmara Municipal: O prefeito tinha a maioria dos votos, a oposição era praticamente voto vencido no plenário, mas conseguiu instalar uma comissão de acompanhamento e avaliação do setor de Saúde no final de 2003 para averiguar se houve irregularidades. De certa forma, não contrariou — quando deveria ao menos ter averiguado com cautela e publicidade de atos — os termos aditivos oferecidos aos prestadores de serviços da saúde quando a prefeitura reduziu em R\$ 900.000,00 reais as verbas destinadas a estes, desviando tais recursos para o Pronto Socorro do Hospital Universitário.

Gestão Plena de Saúde: É a capacidade total de administração de recursos e planejamento em Saúde do município. É a arena da disputa política analisada. Também é motivo das principais críticas à gestão do prefeito Agripino.

Secretaria Municipal da Saúde de Presidente Prudente: É o organismo do Estado que administra a saúde na esfera municipal. No período estudado, o secretário municipal de saúde ao longo do mandato do prefeito foi ocupado pelo vereador Alfredo Penha e a engenheira Luciana Penha, sua esposa. Uma das suspeitas levantadas pela Comissão da Câmara é que a conta o fundo Municipal não está sob administração da Secretaria de Saúde, mas do Gabinete do Prefeito.

Hospital do Câncer: Hospital filantrópico, ainda está na fase de construção. É encampado por várias entidades tais como Rotary, Lions, empresas privadas, corpo clínico da Santa Casa e personalidades públicas.

Prestadores de serviços do município da saúde, Instituto de Radioterapia, hospitais psiquiátricos Allan Kardec e Bezerra de Menezes: São ao todo 30 prestadores, todos dependem essencialmente do repasse de verbas. Allan Kardec e Bezerra são hospitais psiquiátricos,

também são os prestadores que mais consomem Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) do sistema de saúde local.

Vereador Alfredo Penha e Luciana Penha: Marido e mulher, durante a gestão de Agripino Lima (2000-2004) foram secretários da Saúde. Alfredo Penha em outras campanhas, já foi candidato a vice-prefeito na chapa apoiada pelo atual prefeito e também candidato a deputado estadual, sempre com o apoio de Agripino Lima. Saiu da secretaria para fazer parte da maioria na Câmara, pois um vereador da base governista fora impugnado. Luciana, que era secretária do planejamento foi remanejada para a pasta que conduziu até surgirem as denúncias, quando foi afastada do cargo. Ambos sofreram acusações do prefeito que afirmava sem pormenores ter sido enganado por eles por não o terem avisado da real situação da Saúde, os ex-secretários teriam escondido os fatos para o prefeito.

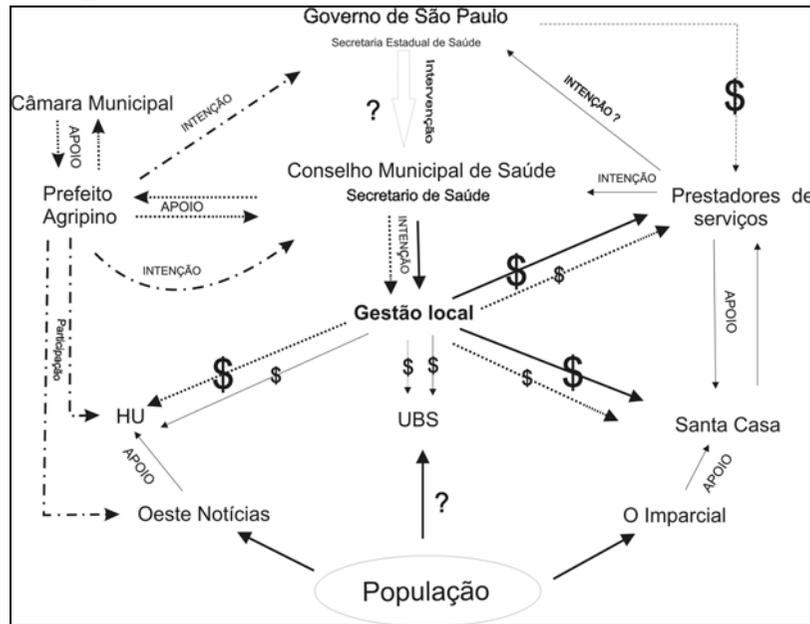
Jornal Oeste Notícias: Faz parte das empresas da família de Agripino Lima. É visto como o jornal da situação. Também apóia a construção do Hospital do Câncer.

Hospital Universitário: Depois que o Pronto Socorro da Santa Casa deixou de prestar atendimento aos pacientes do SUS, passou a ser referência para toda a população carente da assistência médica estatal. Atualmente passa por dificuldades orçamentárias, conforme os próprios jornais apontam.

Santa Casa de Misericórdia: Um dos principais prestadores de serviços de Saúde do Município, esteve até em 2003, com o pronto socorro municipal. Começou a passar por dificuldades financeiras com os atrasos de repasses do próprio SUS e com a diminuição do teto promovida pela secretaria municipal. Nas eleições, os médicos ligados a este hospital, tiveram um colega da categoria como vice-prefeito em uma das coligações.

Na figura1, a seguir, o leitor poderá observar um diagrama de relacionamentos entre estes diversos atores descritos acima na disputa pela agenda e verba da saúde pública no município de Presidente Prudente.

FIGURA 1
PRESIDENTE PRUDENTE
ATORES POLITICOS E SUAS INTERAÇÕES NA GESTÃO DO
SUS - 2004



Org: Werneck, 2004

De acordo com a figura 1, observa-se no centro dos relacionamentos entre os atores políticos envolvidos na política de saúde a arena em disputa: a gestão do SUS local.

Os cífrões representam o volume de verbas destinado a cada prestador de serviços. O cífrão maior significa um grande volume de recursos e o cífrão menor significa um volume menor.

As setas (as sólidas e as pontilhadas) identificam as relações objetivas (apoios) e intenções de cada ator. As setas pontilhadas e tracejadas com pontos mostram a participação do ator sob dois pontos de vista: como acionário e como provedor respectivamente. Assim, temos o prefeito Agripino, representado por estas setas descritas.

As suas relações mostram que existe estreita colaboração com a Câmara Municipal, com o Conselho Municipal de Saúde e os secretários de saúde, relações estas que onde representamos com a dupla seta pontilhada e mais a palavra *apoio*. As setas pontilhadas com pontos mostram a participação empresarial do prefeito no jornal e no Hospital Universitário.

Mesmo com a intervenção, o prefeito conforma-se com a decisão desde que mantida o volume de verbas como encontramos hoje, ou seja, a manutenção dos mesmos percentuais depois da intervenção.

O outro grupo político que podemos visualizar é aquele ligado aos prestadores de serviços: Santa Casa, Allan Kardec, Instituto de Radioterapia entre outros. Estes estão representados pelas setas sólidas.

Na análise das relações deste grupo, visualizamos a luta pela manutenção da gestão local, desde que mantido o volume de verbas vigente que estava colocado antes do corte proporcionado pelo Prefeito. Pode-se também apontar a participação do governo estadual no custeio da construção do Hospital do Câncer, como também na ajuda à outras entidades de assistência social ligadas a este grupo de atores⁶.

A população, ao buscar informações sobre o tema nos veículos de comunicação impressa do município (**Oeste Noticiais** e **O Imparcial**) poderá perceber que ambos estão posicionados de acordo com seus pares políticos. Apesar destas diferenças, mas não deixam de simpatizar-se comumente por alguns temas, como é o caso da construção do hospital do Câncer.

Independente do grupo, as verbas destinadas à atenção primária (UBS) sempre estão com o menor volume de investimentos.

Desta forma podemos visualizar a disputa de dois grupos distintos, aqueles que não querem a gestão plena (grupo do prefeito), beneficiando o pronto socorro do H.U. com a preferência na alocação de verbas; e um outro grupo, que quer a gestão plena, desde que esta beneficie os prestadores de serviços, como a Santa Casa, que dependem de Autorização de Internação Hospitalar.

É bom lembrarmos que a AIH7 é a forma pela qual são remunerados os prestadores de serviços de saúde no Brasil. Este sistema consiste em montar uma tabela de pagamentos que remunera cada um dos componentes que compõe o custo médio da intervenção médica necessária para aquele diagnóstico. Tal sistema de pagamento constitui-se num

⁶ As notícias pesquisadas não demonstram isso claramente, mas sabendo da importância deste ator, achamos conveniente representa-lo.

⁷ Sobre este tema verificar Ribeiro (2005)

resquício do antigo padrão de financiamento do INAMPS, que privilegiou uma lógica do SUS.

Sobre as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são tratadas em segundo plano, em nenhum momento durante a crise questionou-se o volume das verbas empenhadas para as UBS. Apenas apontou-se a falta de suprimentos das farmácias. Para ambas as vertentes políticas, não haverá manutenção de verba. É importante lembrarmos que as UBS são unidades de saúde voltadas à proteção e atenção básica, que têm uma demanda popular muito grande. É a porta de entrada do SUS.

No mapa conceitual as setas de interrogação mostram exatamente algumas indagações que apenas o futuro nos mostrará.

Será que ao se efetivar a intervenção, haverá uma melhor distribuição de verbas entre os prestadores? As UBS serão tratadas realmente como porta de entrada do SUS local? Seria de interesse do grupo ligado aos prestadores apenas a manutenção do fluxo de verbas? Mesmo que com a intervenção do Estado, seria possível ao poder público municipal encampar a gestão plena outra vez?

A história da gestão: o que está em disputa?

A conjuntura política descrita no início deste capítulo é um indicativo do que estamos observando: uma disputa de modelo de gestão e não a ruptura dos paradigmas esperados por seus idealizadores, como acesso universal e qualidade na prestação de serviços.

Entendemos que o modelo de gestão plena precisa fundar suas estratégias na contínua evolução da correlação de forças, conhecendo os diversos atores que podem facilitar ou dificultar o processo conforme sua ação. Mas a qual modelo de gestão estamos nos referindo?

De acordo com Teixeira (2001), o sistema de saúde brasileiro está sendo disputado por atores com diferentes concepções. Segundo, esta autora haveria, em linhas gerais, três modelos de gestão.

O primeiro deles é denominado de modelo médico-assistencial-privatista de saúde, que privilegia os interesses dos fabricantes e fornecedores privados de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares e serviços de saúde transformando-os em meras mercadorias. Tem como prática comum colocar o lucro máximo sempre acima dos direitos da saúde da população usuária.

Neste modelo de gestão, na oferta de serviços predomina a assistência às doenças, com alta porcentagem de assistência evitável ou desnecessária. Os valores desse modelo são a produção quantitativa de serviços, de média e alta complexidade. Um indicador deste modelo é o número de AIH comparado em um período.

O segundo modelo, o modelo sanitarista, tem como objetivo o controle de doenças ou riscos à saúde em grupos populacionais específicos. Este modelo ainda predomina no SUS, haja vista que o Brasil ainda é um país muito carente em equipamentos públicos de saúde, principalmente os de saneamento básico. Sendo assim, na oferta de serviços, predominam as campanhas sanitárias, programas de controle de transmissão e fatores de risco de uma doença na perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária, como educação em saúde, saneamento, imunização e etc.

Finalmente, um terceiro modelo de gestão seria aquele denominado vigilância em saúde, que privilegia os interesses e direitos de cidadania da população usuária. De acordo com seus protagonistas, o ponto de partida do planejamento das ações é sempre das necessidades da população, identificadas pelos indicadores sociais, epidemiológicos e pelas informações das entidades representantes dos usuários. Neste caso, na oferta de serviços predomina a defesa da vida e a proteção da saúde, sem deixar de assistir os doentes, a partir de rede de Atenção Básica à Saúde, eqüitativa e de acesso universal.

Uma síntese dessas idéias pode ser observada no quadro 1.

O que pudemos observar na disputa pela gestão da saúde pública municipal em 2004 foi apenas a manutenção de um modelo médico – assistencial privatista, disputa esta em que a análise dos papéis dos atores é reflexo do sistema de financiamento da política de saúde. Afinal, a composição dos tetos fiscais de repasse de verba, o AIH foi o determinante de maior relevância para a eclosão da crise.

Além disso, a discussão sobre política pública de saúde apenas polarizou temas como: o pronto-socorro (abertura ou não da Santa Casa?), quem será o secretário da saúde? (representante da classe médica ou não?) e o abastecimento de remédios e funcionamento das farmácias das Unidades Básicas. Quanto aos atores sociais envolvidos, em momento algum interesse destes em debater a formação das políticas públicas e as definições de prioridades das políticas públicas de saúde.

Quadro1
Modelos Assistenciais e Vigilância em Saúde

| Modelo | Sujeito | Objeto | Meios de trabalho | Formas de organização |
|--------------------------------|--|---|--|--|
| Médico-assistencial privatista | Médico -Especializações -complementariedade (paramédicos) | - Doenças (patológicas e outras) - Doentes (clínica e cirurgia) | Tecnologia médica (indivíduo) | -Rede de serviços de saúde - Hospital |
| Sanitarista | Sanitaristas - Auxiliares | - Modos de transmissão - Fatores de risco | Tecnologia sanitária | -Campanhas sanitárias - Programas especiais - Sistema de vigilância epidemiológica e sanitária |
| Vigilância em Saúde | Equipe de saúde População (cidadãos) | Danos, riscos, necessidade e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho) | Tecnologia de comunicação social, de planejamento e programação local situada e tecnologias médicos-sanitárias | -Políticas públicas saudáveis - Ações intersetoriais - Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) - Operação sobre problemas e grupos populacionais |

Conclui-se daí, que a implementação do Sistema Único de Saúde num município sem tradição na luta pela reforma sanitária, como é o caso de Presidente Prudente, não provocou nenhum impacto na forma de gestão dos serviços de saúde oferecidos à população. Assim como na década de 1930, o centro do debate da política de saúde local, continua sendo o papel da Santa Casa de Misericórdia. Da mesma forma, a beneficência – financiada pela verba pública - permanece sendo a própria coisa pública.

Analisando esta realidade, se a gestão da saúde pública neste município desde a implementação do SUS resultasse na efetividade das ações, a discussão do modelo de gestão não teria a menor relevância. Contudo, infelizmente, os rumos tomados na política de saúde local não

resultaram em nenhum impacto significativo na melhoria da Saúde da população.

Bibliografia:

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde).

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 33**, de 23 de dezembro de 1992. Dispõe sobre a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica - SUS 01/1991**.

BRASIL. Ministério da Saúde / SUS. **Descentralização das ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**, 1993.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde Pública e Política Urbana**. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo: 2000. 312 f. (Tese de Doutorado em Geografia).

HEIMANN, L.S. *et al.* **A descentralização do sistema de saúde no Brasil – uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas**. *Relatório Final*. Instituto de Saúde, São Paulo, 1998.

RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck. **A Análise geográfica dos gastos municipais em saúde**. Presidente Prudente: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista: 2005. 139f.(Dissertação, mestrado em Geografia).

TEIXEIRA, S. M. F. **Avaliação comparativa das ações integradas de saúde**. Divulgação em Saúde para Debate, São Paulo, nº3, p. 78-81, 1991.

VIANNA . A. **Programas sociais - efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

Artigos de Jornais

Vai dar muito pano para manga. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 9 de janeiro de 2004. Coluna Plantão , A-3.

Pronto Socorro passa a ser atendido pelo Hospital Universitário. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 15 de janeiro de 2004. Caderno Cidades, B-1.

Prefeitura vai reduzir R\$900 mil da saúde de PP. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 25 de janeiro de 2004. Caderno Cidades, B-3.

Promete Polemizar. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 8 de fevereiro de 2004. Coluna Plantão, A-3.

Foi necessária uma intervenção judicial para o prefeito repassar recursos devidos à Santa Casa. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 8 de fevereiro de 2004. Editorial, A-3.

Unanimidade pede destituição da gestão plena. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 11 de fevereiro de 2004. Caderno Cidades, B-4.

PP pode perder gestão do SUS, afirma Alckmin. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 8 de fevereiro de 2004. Caderno Cidades, B-7.

Bipa decidirá descredenciamento de Prudente. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 12 de fevereiro de 2004. Caderno Cidades, B-1.

Importância da construção do hospital do Câncer. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 27 de fevereiro de 2004. Caderno Cidades, B-1.

Comissão Estadual dará o parecer sobre a possível perda da gestão plena de Saúde do município,. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 4 de março de 2004. Caderno Cidades, B-2.

Sem confirmação. Jornal Oeste Notícias. Presidente Prudente, 4 de março de 2004. Coluna do Oeste, pg.3.

Conselho se reúne para prestar esclarecimentos. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 18 de março de 2004. Caderno Cidades, B-3.

Conselho aprova desabilitação da gestão plena. **Jornal O imparcial.** Presidente Prudente, 18 de setembro de 2004. Caderno Cidades, B-3.

A NOVA CONCEPÇÃO DE DESENVOLVIMENTO RURAL NA UNIÃO EUROPÉIA E NO BRASIL

Celso Donizete **LOCATEL**¹

Antonio Nivaldo **HESPANHOL**²

Resumo: O artigo tem como objetivo analisar as perspectivas sobre as quais estão apoiadas às políticas públicas para o meio rural. São abordadas as políticas implementadas pelo poder público no intuito de promover o crescimento econômico a partir do estímulo a modernização da agricultura, em especial, após a segunda guerra mundial, sem que houvesse até, pelo menos os anos 1980, a preocupação com os impactos ambientais negativos e com as desigualdades sociais e regionais geradas por tal processo. Posteriormente se discute a emergência do novo enfoque de desenvolvimento rural centrado na valorização dos chamados territórios rurais, com base numa visão global que emergiu nos anos 1990, a partir do reconhecimento do caráter multifuncional do espaço rural pelos países membros da União Européia.

Palavras-chave: Agricultura, Desenvolvimento, Políticas públicas, modernização

The New Conception of Rural Development in the European Union and in Brazil

Abstract: The article aims to analyze the perspectives on public politics for rural aspects. The state interventions implemented by political power, in order to promote economical increase from the agricultural modernization, mainly after World War II, are treated discussing the careless attitude towards the negative environmental impacts, and the social and regional inequalities created by that process, especially before the eighties. Later, the emergency of a new approach for agriculture's development, centered in the valorization of rural territories, based on a global vision that emerged in the nineties, since the multi-functional character of the rural space, was recognized by the countries members of the European Union.

Key-words: Agriculture, Development, Public politics, modernization.

¹ Professor da Universidade Federal de Sergipe – Aracajú - celoennes@yahoo.com.br

² Professor do Departamento de Geografia e do Programa de Pós-graduação em Geografia da FCT/UNESP – Pres. Prudente - nivaldo@fct.unesp.br

Introdução

O marco teórico que serve de referência às políticas atuais de desenvolvimento rural, especialmente nos países desenvolvidos, apresenta nítidos vínculos com a nova sociedade que está se configurando, a qual tem como característica principal a emergência de um novo modelo de organização industrial, baseado no processo de acumulação flexível. Gradativamente, a sociedade contemporânea passa por uma reestruturação espacial das atividades econômicas com alterações nos fatores de localização, redefinição do papel da cidade, mudanças nos processos de urbanização e valorização do espaço rural. Além desses aspectos está ocorrendo um incremento do tempo livre e do lazer, da sociedade de consumo, com o crescimento do poder aquisitivo, especialmente nas sociedades desenvolvidas³.

Na sociedade brasileira tais alterações têm ocorrido, no entanto elas ainda são bastante pontuais e restritas às zonas mais dinâmicas do país e mais ou menos próximas de núcleos urbanos de média e grande magnitude. Predominou no país, até a década de 1990, o paradigma do desenvolvimento baseado no crescimento econômico. Até esse período, a elaboração das políticas públicas de desenvolvimento estava pautada em: i) um modelo de crescimento quantitativo, voltado essencialmente ao crescimento econômico e alheio as desigualdades de oportunidade de acesso ao crescimento, as inovações e ao emprego; ii) necessidades de atrair indústrias básicas e de mobilidade dos bens e fatores de produção: capital, trabalho e tecnologia; iii) rígida divisão espacial do trabalho, com reduzida qualificação da força de trabalho e de regiões periféricas e, ao mesmo tempo, uma grande concentração de funções e decisões em zonas centrais; iv) políticas macro-econômicas que privilegiavam os setores urbano-industriais e; v) relevância do mercado externo. Nesse sentido, o cenário principal de intervenção era a cidade.

No entanto, desde há pelo menos três décadas essa concepção de desenvolvimento foi superada nos países desenvolvidos, em especial nos países que integram a União Européia. Neste contexto a formulação das políticas públicas, desde a década de 1980, está baseada: i) em um modelo que leva em consideração os aspectos sociais, políticos e ecológicos, ou

³ Ver SANZ HERNÁNDEZ, A. (2001).

seja, os mercados locais de trabalho, a preservação dos recursos naturais e a qualidade de vida; ii) no aproveitamento dos recursos e potencialidades endógenas e envolvimento direto das instituições e atores sociais; iii) na adoção de modalidades descentralizadas de intervenção na economia, com clara preocupação na dinamização sociocultural de regiões decadentes; iv) na relevância das potencialidades endógenas e; v) na elaboração de políticas com participação dos atores sociais. Os cenários de intervenções são áreas urbanas afetadas por degradação e seu entorno rural com maiores problemas. Por sua vez, a aplicação de políticas baseadas nestes pressupostos não são imediatistas, pelo contrário, ao mesmo tempo em que se almeja eficiência, também se espera maior equidade social e desenvolvimento em longo prazo. No caso brasileiro o que se observou na última década foram algumas tímidas iniciativas e várias intenções no sentido de mudar o direcionamento na elaboração das políticas públicas, a partir de novos modelos.

No presente texto, elaborado com base em revisão bibliográfica, são analisadas as principais perspectivas sobre as quais estão apoiadas às políticas públicas para o meio rural, se destacando as transformações recentes nas suas formulações. Para tanto, primeiro será abordada a implementação das políticas para a modernização da agricultura e sua vinculação com o modelo de desenvolvimento consubstanciado no crescimento econômico. Em seguida será discutida a viabilidade do enfoque territorial para a elaboração de políticas para o meio rural.

A modernização da agricultura e o enfoque setorial das políticas públicas

As políticas para o setor agropecuário no Brasil, desde a década de 1960, se pautaram no modelo de intervenção quase que exclusivamente para incrementar a capacidade produtiva do setor. Nessa perspectiva se tem como meta final melhorar a estrutura de produção para aumentar a produtividade e os rendimentos do trabalho agrícola. Assim, os defensores desse modelo argumentavam que, a despeito de sua implantação, haveria um aumento de renda e da qualidade de vida da população rural. Para atingir tal aumento na produção agrícola, se associavam todas as transformações necessárias no setor agropecuário com a aplicação das novas tecnologias disponibilizadas pela Revolução Verde. Essa concepção de desenvolvimento rural também foi adotada na Europa a partir dos anos 1960 por meio da implementação da Política Agrícola Comum (PAC), o

que demonstra que o modelo produtivista não foi adotado apenas em países subdesenvolvidos, como foi o caso do Brasil.

Desde a implantação da PAC, no ano de 1962, considerou-se que um instrumento de política setorial favorecedor da produção e da produtividade seria suficiente para responder à demanda por alimentos. Assim, a melhor forma de apoiar o meio rural seria através do fomento à produção.

As políticas públicas para o meio rural tanto na Europa quanto no Brasil, partiram do pressuposto da homogeneidade da função do meio rural, centrando-se no estímulo a modernização do sistema produtivo, adotando-se a idéia de que um mecanismo de política (no caso brasileiro, o crédito subsidiado) poderia solucionar os diferentes problemas rurais.

Apesar dos fundamentos serem os mesmos utilizados nas formulações das políticas para o meio rural no Brasil e na União Européia, existe uma diferença fundamental entre o modelo europeu da PAC e o modelo adotado no Brasil. As políticas públicas para o setor agropecuário brasileiro foram direcionadas para a categoria de produtores mais capitalizados, por terem a capacidade de responder rapidamente aos instrumentos de intervenção utilizados pelo governo para modernizar a agricultura, criando um mercado para a indústria de máquinas, equipamentos, adubos químicos e agrotóxicos que estavam se desenvolvendo⁴. Muito diferente desse direcionamento, os países europeus assumiram com a PAC, o compromisso pelas explorações agrícolas do tipo familiar, com adoção de medidas estruturais para melhorar as condições de produção dessas unidades através da expansão de suas áreas e da modernização do processo produtivo. Mesmo assim, dado o caráter produtivista dessas políticas, algumas conseqüências negativas geradas são semelhantes, como o desequilíbrio regional, impactos ambientais negativos e exclusão dos produtores menos “eficientes”.

A adoção de políticas produtivistas provocou profundas transformações na agricultura, equivalentes às ocorridas em outros setores considerados mais eficientes e inovadores que o agrário. Isso pode ser aplicado tanto à realidade européia como à brasileira. No entanto, de acordo com MAPYA (2003), no espaço agrário europeu essas transformações não ocorreram com a mesma intensidade em todas as regiões, em todos os segmentos produtivos, nem em todos os tipos de unidades de produção agropecuária.

⁴ Sobre esse aspecto ver Sorj (1980), Delgado (1985), Müller (1986).

frente a uma agricultura tecnicamente avançada e com estruturas produtivas e comerciais adequadas para competir vantajosamente no mercado coexistem explorações, setores e regiões que, por não ter havido políticas específicas para eles ou não ter tido possibilidades ou iniciativas, ocupam uma posição marginal por não terem viabilidade econômica (MAPYA, 2003, p. 612).

Essa característica é muito marcante na realidade espanhola, italiana e em outros países europeus. Da mesma forma, tais características podem ser observadas na realidade brasileira, onde a modernização da agricultura provocou o aprofundamento das desigualdades regionais e entre as categorias de produtores, conforme demonstra Delgado (1985).

Fica evidente que a implementação desse modelo de política para o setor agropecuário apresenta conseqüências semelhantes em realidades socioeconômicas diferentes, ou seja, tanto na Europa como no Brasil, a modernização da agricultura acentuou as desigualdades sociais e regionais.

Além dessas distorções provocadas pela adoção do modelo produtivista, é necessário destacar que na Europa ocorreu um outro problema, que foi a superprodução, possibilitando que os países comunitários saíssem da condição de importadores de alimentos após a Segunda Guerra Mundial e passassem a exportadores, já na década de 1980. Essa mudança forçou a reformulação da Política Agrícola Comum, que teve um redirecionamento mais expressivo a partir da primeira grande reforma da PAC no ano de 1992.

A definição das funções rurais está relacionada com o paradigma dominante, em cada momento histórico. Assim, é enfatizado um ou outro aspecto do desenvolvimento rural. Até a década de 1960, período em que o rural e o agrário eram considerados sinônimos se enfatizou a modernização da agricultura com protagonismo das técnicas agrônômicas e dos aspectos econômicos. Posteriormente, com a incorporação de componentes sociológicos e antropológicos se concretizou a dicotomia campo-cidade, considerando o campo como espaços periféricos e atrasados que, por isso, necessitavam de políticas compensatórias, mudando o enfoque do desenvolvimento rural, nos países desenvolvidos.

Na atualidade, os enfoques, tanto da similaridade do rural com o agrário quanto a visão dicotômica campo-cidade não têm sentido, emergindo abordagens que procuram integrar o desenvolvimento rural com o espaço. Desde os anos 1990 na União Européia a legitimação dos

repasse de recursos públicos ao meio rural é justificada pelas funções social e ambiental desempenhadas pelo campo.

Um outro elemento que está na base das reformulações do enfoque das políticas para o meio rural é a nova concepção de segurança alimentar que se configurou nos países desenvolvidos. A segurança de abastecimento passou para segundo plano, uma vez que o aprovisionamento de alimentos está garantido pelo controle do mercado mundial. No novo cenário dos mercados globalizados, a prática da agricultura, nos países mais desenvolvidos, tem como finalidades principais: fornecer alimentos saudáveis e de qualidade, obtidos com métodos de produção seguros e confiáveis; competir de forma eficiente nos mercados abertos; garantir a sustentabilidade dos recursos naturais utilizados nos processos produtivos, especialmente o solo e a água; propiciar a ocupação equilibrada do território, a preservação da paisagem rural e a manutenção dos espaços naturais e a biodiversidade (MAPYA, 2003).

Apesar dos desequilíbrios territoriais, setoriais e sociais se observa uma revalorização do campo com um seletivo “renascimento do rural”, acompanhado por um processo de desagrarização, ou seja, uma relativa perda de importância da agropecuária com o surgimento de atividades não-agrícolas e o uso diversificado do espaço rural. Configuram-se, assim, novas ruralidades, tanto nos países desenvolvidos como em algumas regiões brasileiras.

Para uma intervenção mais eficaz, é necessária a adoção de novos fundamentos para se tratar da questão do desenvolvimento rural. No caso brasileiro, a nova ruralidade que está se configurando, levou à incorporação, pelo menos no discurso oficial, da perspectiva territorial na formulação das modestas e pouco efetivas políticas de desenvolvimento rural, nos moldes do que tem sido realizado nos países que constituem a União Européia.

Um instrumento de política pública que vem ganhando destaque no cenário europeu, e que está chamando a atenção de especialistas no mundo todo, é a iniciativa comunitária LEADER⁵. O programa LEADER é instituído pela União Européia como resposta aos interesses gerados pela nova concepção de desenvolvimento rural, como medida para fazer frente a crise do mundo rural e da incapacidade constatada na implementação das políticas agrícolas até o início da década de 1990, para resolver problemas

⁵ LEADER é um programa de desenvolvimento rural aplicado nos Estados membros da União Européia, com recursos de fundos comunitários. Corresponde a sigla em francês “Liaison Entre Actions de Développement de L'Economie Rurale”.

como esvaziamento populacional de determinadas regiões, envelhecimento e masculinização da população rural, degradação de recursos naturais, entre outros (NAVARRO RODRÍGUEZ e LARRUBIA VARGAS, 2000).

No Brasil, a partir de meados da década de 1990, o governo federal começa a adotar medidas com o objetivo de redirecionar as políticas para o meio rural. Tal redefinição foi impulsionada pelas mudanças que vinham ocorrendo no cenário econômico, social e político do meio rural, resultante da abertura comercial, do dismantelamento das políticas voltadas para o campo e do modelo tecnológico adotado nas últimas décadas.

Após reconhecer a importância da agricultura familiar, através do relatório FAO/INCRA, de 1994, que resultou do convênio para elaborar uma “nova estratégia de desenvolvimento rural para o Brasil”, o governo brasileiro tomou a iniciativa de lançar uma política específica direcionada ao meio rural. Em agosto de 1995, como linha especial de crédito de custeio, foi lançado o Plano Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PLANAF). Porém, de acordo com Hespanhol (2000) somente em julho de 1996, o programa foi institucionalizado e regulamentado como programa governamental, passando a integrar o Orçamento Geral da União, sob a denominação de Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF).

São muitos os objetivos do PRONAF, dos quais se pode destacar: a busca da valorização e a divulgação do conceito de agricultura familiar, como atividade econômica fundamental, para o desenvolvimento socioeconômico sustentado do meio rural; satisfazer a necessidade da criação e/ou fortalecimento de mecanismos que permitam à agricultura familiar uma maior capacidade de compatibilizar a produção para o seu próprio consumo e para o mercado; a manutenção e/ou geração de ocupações produtivas; a diversificação das atividades rurais, por meio da pluriatividade; e a construção de mecanismos que permitam a agregação de valor à sua produção.

É importante lembrar que existem no Brasil, atualmente, duas linhas de políticas públicas para o campo brasileiro. A primeira de caráter estritamente setorial tem como objetivo principal a maximização da competitividade do *agribusiness*, apoiada na concepção produtivista e setorial. A segunda, mesmo mantendo o caráter setorial, tem como objetivo maximizar as oportunidades de desenvolvimento humano em todos os espaços rurais, ao contrário do primeiro projeto, tentando dinamizar o rural através da diversidade multisetorial, da salubridade dos alimentos produzidos e da preservação ambiental, que são elementos que

se convertem em vantagens competitivas na atualidade (VEIGA, 2001). Assim, verifica-se que essa linha de política apresenta semelhanças, ao menos no discurso, com o programa LEADER (LOCATEL, 2004).

Uma nova via para o desenvolvimento rural: o enfoque territorial

É necessário mudar a perspectiva de análise do espaço rural e do próprio desenvolvimento para a elaboração de projetos e políticas públicas. Para isso será imprescindível a realização de um grande esforço, tanto por parte dos pesquisadores como dos técnicos e políticos envolvidos na elaboração dos projetos, para que ocorra a passagem da base marcadamente produtivista-agrária, remanescente da modernização da agricultura, para um novo perfil de caráter mais territorial e funcionalmente diversificado, que possa dar conta da complexidade do espaço rural.

Definitivamente, para que sejam alcançados melhores resultados na aplicação das políticas públicas terá que ser substituído o objetivo *agrário*, no sentido produtivista, predominante desde a década de 1960 até a atualidade, por um outro de caráter rural, de maior amplitude. Para levar a cabo tal princípio deve-se introduzir mecanismos corretores sobre uma tendência socioeconômica e territorial a fim de reduzir a decadência ou debilidades apresentadas pelo espaço rural nas últimas décadas (RODRIGUES GONZÁLEZ, 2004).

É necessária a implementação de políticas que tenham como princípio a valorização dos recursos locais, tanto humanos, através da capacitação (formação e educação), como de base territorial. Também é necessária uma maior participação dos agentes envolvidos no processo e a superação de conflitos sóciopolíticos que têm dificultado a implantação de práticas que promovam o bem estar de todos.

Essa maior participação requer a extrapolação dos limites municipais, inclusive, se pensando em formação de instituições supra-municipais para a gestão territorial, uma vez que os micro-municípios, predominantes na divisão administrativa do Brasil, apresentam uma grande debilidade em matéria de elaboração e implementação de políticas de todos os tipos, em especial de desenvolvimento rural.

O novo enfoque do desenvolvimento rural requer uma abordagem por unidade territorial. No entanto, devido a grande diversidade rural se faz necessário considerar que a abordagem do desenvolvimento não pode e nem deve ser a mesma para todas as unidades territoriais. Assim, não se deve pensar em transposição de programas de uma realidade para outra. O

que se pode fazer é a adoção dos mesmos paradigmas científicos e de elementos de intervenção e, a partir daí, criar um conjunto de medidas de intervenção adequadas à realidade territorial em que serão aplicadas.

Há que se destacar que o poder público por si só não tem a capacidade de gerar respostas e soluções a todos os problemas, especialmente para áreas mais desfavorecidas ou de maior atraso relativo. Assim, os aspectos mais importantes da concepção atual de desenvolvimento rural é seu enfoque como processo e a referência territorial.

Defende-se que o desenvolvimento rural deve buscar a transformação de cada território a partir das suas potencialidades, ou seja, há que melhorar a competitividade de cada território a partir de suas características, sua economia e seus recursos humanos. Nesse sentido,

el método más adecuado para el desarrollo rural, es el que permita lograr la mejor selección de iniciativas que, apoyadas por el tejido social e institucional del territorio y adaptadas a las necesidades y recursos locales, generen o intensifiquen este tipo de procesos. Con este enfoque metodológico, los desarrollos rurales se vinculan a la ordenación y consolidación paulatina de los territorios (MAPYA, 2003, p. 597).

A estratégia que deve ser aplicada aos diferentes programas e medidas para promover o desenvolvimento rural deve envolver os atores locais na definição de seus objetivos e na busca de sua consecução.

Para implementar o desenvolvimento rural, a partir de uma perspectiva territorial e integral, é fundamental a criação de uma nova institucionalidade, compreendida como estruturas sociais, instituições públicas, regras, organizações, interesses e motivação dos atores sociais inseridos em uma realidade econômica e política, o que constitui a essência do capital social. Para tanto, a ciência, a tecnologia, os recursos financeiros e humanos deverão ser colocados à disposição, com base num processo estruturado de planejamento participativo, esclarecido e dinâmico, no qual a comunidade estabeleça suas metas e defina as etapas do envolvimento dos diversos setores produtivos e da população local.

Pensar o desenvolvimento rural a partir de uma perspectiva territorial exige a elaboração de políticas estruturais que estabeleçam os instrumentos jurídicos, financeiros e formativos, a fim de atingir a todos os tipos de unidades de produção agrícola. Faz-se necessário o atendimento das necessidades de cada categoria de produtor, para que eles possam gerar

mais renda, seja através do ganho de produtividade, do associativismo, ou através de alternativas como a diversificação da renda, a especialização produtiva voltada para nichos de mercados, a agroindustrialização, ou ainda o desenvolvimento da prestação de serviços.

O primeiro passo para a elaboração de uma política e definição de mecanismos de atuação que possam ser considerados adequados, deve ser a identificação das áreas rurais, efetuando uma caracterização do território, a identificação dos problemas gerais e específicos, a análise das causas e as possíveis soluções, além da tipificação dos grupos sociais existentes nessas áreas (MAPYA, 2003).

É necessário considerar que a importância do espaço rural vai além de mero setor produtivo de alimentos e matérias-primas. Para avaliar melhor sua importância é necessário considerar o território, a população, o papel da agricultura e dos bens e serviços produzidos no meio rural.

Para a criação de uma rede de agentes e uma nova institucionalidade capaz de promover o desenvolvimento rural é necessário que haja uma estrutura mínima de instituições públicas capazes de impulsionar e articular ações e iniciativas inovadoras.

Para começar seria necessária a criação de secretarias ou divisões voltadas ao desenvolvimento rural em municípios ou nos consórcios de municípios, com a finalidade de elaborar e executar planos e projetos de desenvolvimento com o envolvimento direto de outras instituições, lideranças e atores sociais. Outra medida necessária seria ampliar o número e melhor capacitar os técnicos responsáveis pela assistência técnica e extensão rural.

Seria necessário fortalecer as instituições que atuam em nível regional, no caso os EDR/CATI (Escritório de Desenvolvimento Rural/Coordenadoria de Assistência Técnica Integral) no estado de São Paulo, e a EMATER (Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural) em outros estados, enquanto aglutinadoras de esforços para a dinamização das potencialidades locais e regionais.

Veiga (2001) destaca que a articulação microrregional dos municípios rurais, incluindo o município urbano de maior influência, é fundamental para se realizar um diagnóstico, planejamento, divisão do trabalho e para ampliar a capacidade operacional. O autor ressalta que as políticas do governo federal, e dos governos estaduais, não incorporam essa dimensão. Na maioria das vezes, exigem que os pequenos municípios se voltem para seus problemas internos, “mediante criação de conselhos apenas municipais, quando igualmente seria necessário induzir articulações

intermunicipais”. O autor ainda destaca que “é compreensível que se queira incentivar a fiscalização da sociedade sobre o uso que as prefeituras fazem das verbas federais. Mas é equivocado pretender que um conselho de um minúsculo município rural possa sozinho diagnosticar e planejar seu próprio desenvolvimento” (VEIGA, 2001, p. 58).

No mesmo sentido, MAPYA (2003) ressalta que a cooperação intermunicipal, em uma região que apresenta características mais ou menos homogêneas, deve ser estimulada, para facilitar o estabelecimento de acordos sobre o desenvolvimento e projetos coletivos.

Para completar uma estrutura adequada para a gestão e promoção do desenvolvimento rural a partir de uma perspectiva territorial, a constituição de espaços de participação efetiva da sociedade civil, para a tomada de decisões, com a criação de grupos locais com formação de líderes comunitários, ampliaria as oportunidades para o surgimento de iniciativas inovadoras que contribuiriam para o desenvolvimento rural.

Referindo-se à nova concepção de desenvolvimento rural com enfoque territorial, Pérez Correa (2004) destaca que se está dando ênfase às novas funções do meio rural, em especial ao equilíbrio territorial, no sentido de uma ordenação mais adequada, com diminuição da pressão exercida pela ocupação e exploração em alguns pontos e esvaziamento populacional em outros, decorrentes das políticas públicas e dos processos que impulsionaram a concentração urbana. Outra função destacada é o equilíbrio ecológico e a produção de recursos e serviços ambientais, com a incorporação da recuperação e da preservação ambiental nos projetos de desenvolvimento rural, além da definição do espaço rural como receptor de resíduos produzidos pela atividade humana tanto no campo como nas cidades. A produção de alimentos limpos ou orgânicos, figura como uma função muito importante do meio rural, tanto para oferecer melhores condições de saúde e bem-estar à população, como para aumentar os rendimentos dos produtores rurais, através da agregação de valor aos produtos.

A geração de emprego e renda para os habitantes rurais, especialmente para aqueles que não possuem terra ou que o tamanho ou a qualidade dos estabelecimentos não garante a sua sobrevivência, as agroindústrias e empresas manufatureiras, se convertem em boas alternativas, nessa nova perspectiva. O meio rural também pode ser explorado como área de descanso e recreação, atendendo a demanda crescente da população urbana que busca no meio rural o lazer e o estabelecimento de relações mais próximas com a natureza. Também a

reconstrução cultural e do patrimônio histórico figura entre as funções do espaço rural.

Pérez Correa (2004) em documento publicado pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA)⁶, destaca que as características da nova concepção de desenvolvimento rural que coincidem na Europa e na América Latina são:

- Acento en la dimensión territorial en contraste con la sectorial agraria, así como mayor conciencia de las distintas funciones y servicios prestados por la agricultura más allá del aspecto productivo;
- Reconocimiento de los múltiples vínculos entre las pequeñas ciudades y el campo circundante y la relación entre desarrollo urbano y rural;
- Reconocimiento de la complementariedad entre agricultura y otras ocupaciones en la generación de ingresos rurales, de la generalización de la agricultura a tempo parcial y del origen multisectorial del ingreso de muchas familias rurales.
- Conciencia de la función residencial de las zonas rurales, en oposición a una percepción puramente productiva de las mismas, que lleva a prestar atención a la provisión de servicios sociales y residenciales a las poblaciones rurales;
- Reconocimiento de la integración de las zonas rurales en los mercados (de productos, insumos, tecnología y mano de obra) y su incorporación al proceso de globalización, así como conciencia de la importancia de la competitividad territorial frente a la sectorial;
- Atención al potencial económico que ofrecen los activos ligados al territorio, de tipo geográfico, histórico, cultural, paisajístico y ecológico;
- Acento en la participación de los diversos agentes involucrados en el diseño y la aplicación de las políticas

⁶ IICA, Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura. Desarrollo Rural Sostenible. Enfoque territorial. San José, Costa Rica, 2003.

y programas de desarrollo rural (PÉREZ CORREA, 2004, p. 63).

Um fato que deve ser considerado é a existência de diferenças importantes entre as realidades europeia e brasileira. Existem variáveis territoriais, como as desigualdades sócio-políticas, culturais, ambientais, de infra-estrutura, de formação e organização, que devem ser analisadas e consideradas, a fim de que não sejam estabelecidas relações comparativas simplistas, sem levar em consideração as desigualdades nos espaços onde se deve fomentar o desenvolvimento rural.

Assim, não se está defendendo a aplicação do modelo de política de desenvolvimento rural europeu para as realidades brasileiras. Mas, é necessário reestruturar e adequar as políticas e programas de intervenção no espaço rural à realidade atual. Verifica-se que, os paradigmas que direcionam as políticas públicas europeias têm se mostrado muito mais adequados para a implementação do desenvolvimento rural, uma vez que objetivam superar as desigualdades territoriais e sociais, preservar os recursos naturais e promover o desenvolvimento integral do espaço rural.

Para a elaboração de uma política rural adaptada às necessidades atuais, MAPYA (2003) afirma que é necessário ter como meta a criação de elementos como: i) áreas rurais atrativas e articuladas territorialmente, através de uma adequada dotação de infra-estrutura e serviços; ii) atividades econômicas suficientes e diversificadas; iii) entornos naturais conservados, com um manejo sustentável dos recursos naturais, com paisagens tradicionais bem cuidadas e com adequada preservação da biodiversidade; iv) população capacitada, ativa e dinâmica.

Para se atingir essas metas, as políticas de desenvolvimento rural devem integrar ações públicas visando promover ou criar:

- Infraestructuras de transporte, de comunicaciones, de agua y energía.
- Servicios sanitarios, educativos, culturales, financieros, de apoyo a empresas.
- Modernización de la agricultura y del sistema agroalimentario (mejora de las estructuras productivas, transformación y comercialización).
- Diversificación de actividades (industriales y de servicios, artesanía, turismo, productos de calidad [...]).
- Conservación y preservación del medio natural y el paisaje, recuperación de zonas abandonadas, integración entre prácticas agrícolas y ambientales.

- Formación, difusión y promoción agrarias, profesionalización del medio rural, introducción de nuevas tecnologías, identificación de emprendedores [...] (MAPYA, 2003, p. 614)

Considerando a realidade brasileira Veiga (2001) ressalta que as intervenções de desenvolvimento rural devem ser de três tipos básicos, a saber: aquisição de competência; programas de inovação e; criação de rede.

Para o autor as intervenções do primeiro tipo deverão ter como objetivo o apoio técnico às articulações intermunicipais, além de um diagnóstico do território. As do segundo tipo envolvem várias ações de dinamização do rural em nível microrregional e deverão revelar os novos rumos do desenvolvimento rural. Por fim, as ações do terceiro tipo deverão contribuir para a formulação de uma rede de participação ativa entre diferentes regiões rurais com a finalidade de promover um intercâmbio de experiências e conhecimento.

Uma adequada articulação entre as políticas agrícolas e de desenvolvimento rural num contexto participativo de co-responsabilidade, com interlocução social entre organizações profissionais, agentes socioeconômicos ligados ao setor agropecuário e ao meio rural como um todo, possibilitará uma ampliação das oportunidades de dinamização do desenvolvimento rural.

Considerações finais

Ainda que do ponto de vista da elaboração das políticas públicas poucas coisas mudaram, o referencial que serve de base para a implementação das políticas de intervenção vem mudando e, com isso, novos paradigmas estão ganhando destaque no cerne das instituições responsáveis pela criação e gestão de políticas públicas no Brasil. Até a década de 1980, predominou a visão tradicional de desenvolvimento centrada no crescimento econômico, que por sua vez estava baseada em um processo de concentração industrial e urbano. Nessa visão há o predomínio do fator eficiência sobre a equidade, que unido à não atribuição de importância aos componentes social e territorial, provocaram desequilíbrios sócio-territoriais. Neste contexto, o desenvolvimento rural, tanto no aspecto da atuação política como no da pesquisa científica, estava basicamente centrado no desenvolvimento agrário e impregnado de uma visão setorial e produtivista. Diante disso foram implementadas políticas agrárias e intervenções sobre o espaço rural, desde a década de 1960 até a

de 1990, que não foram concebidas para promover o desenvolvimento rural, mas sim para atender as necessidades de outros setores.

Diante disso, do ponto de vista das formulações das políticas públicas, é necessária a superação dos equívocos do período anterior para corrigir as distorções geradas pela modernização conservadora. Ainda é necessária a busca de competitividade territorial, tanto através do aumento de eficiência dos atores envolvidos no processo produtivo, com os investimentos estruturais, como da reestruturação institucional e econômica que propicie o desenvolvimento econômico e social das diferentes regiões rurais.

Além dessas medidas, faz-se necessária a formulação de novas regras de relação entre os atores envolvidos nos processos produtivos do campo e o conjunto da sociedade. Para tanto, a consolidação da participação democrática e o fortalecimento das instituições já existentes, assim como a criação de novas, para garantir o cumprimento das regras comuns e a distribuição menos desigual da renda e da riqueza no campo, são fundamentais para a promoção do desenvolvimento rural.

Referências

DELGADO, Guilherme da Costa. *Capital financeiro e agricultura no Brasil - 1965-1985*. São Paulo: Icone, 1985.

HESPAÑHOL, Rosângela Aparecida de Medeiros. *Produção Familiar: perspectivas de análise e inserção na Microrregião Geográfica de Presidente Prudente*. Rio Claro: Unesp, Instituto de Geociência, 2000. (Tese de Doutorado).

LOCATEL, Celso D. *Modernização da agricultura, políticas públicas e ruralidade: mudanças e permanências na dinâmica rural das microrregiões de Jales e de Fernandópolis – SP. Presidente Prudente: UNESP/FCT, 2004. (Tese de Doutorado).*

MAPYA. *Libro blanco de la agricultura*. Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentacion, 2003.

MÜLLER, Geraldo. *Complexo agroindustrial e modernização da agricultura*. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1986.

NAVARRO RODRÍGUEZ S. R. e LARRUBIA VARGAS, R. Desarrollo y diversificación productiva en el medio rural. Los programas LEADER II en la Provincia de Málaga. In: *Actas del X Coloquio de Geografía Rural de España*. Los Espacios Rurales en el Cambio de Siglo: Incertidumbres ante

los procesos de globalización y desarrollo. Lleida: Universitat de Lleida, 2000.

PÉREZ CORREA, E. Lo rural y el desarrollo em América Latina. In: RODRIGUES GONZÁLEZ, Román. El desarrollo rural como paradigma teórico. In: Rodrigues González, Román e Pérez Correa, Edelmira (Coord.) *Espacios y desarrollos rurales: Una visión múltiple desde Europa y Latinoamérica*. Oviedo, España: Ediciones Trea, 2004.

SANZ HERNÁNDEZ, A. *Desarrollo rural. ¿Ocio o necesidad?* [on line] 5campus.com, Sociología <<http://www.5campus.com/leccion/desrural>> (2001).

SORJ, Bernardo. *Estado e Classes sociais na agricultura brasileira*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980.

VEIGA, José Eli. et al. *O Brasil rural precisa de uma estratégia de desenvolvimento*. Brasília: Convenio FIPE – IICA (MDA/CNDRS/NEAD), 2001.