

Agua, saneamiento y salud en Brasil: intersecciones y desacuerdos/

Água, saneamento e saúde no Brasil: interseções e desacordos

Sonaly Rezende, Léo Heller y Ana Carolina Lanza Queiroz

Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

El pasado y el presente del sector de saneamiento en Brasil son planteados en función de sus interfaces con la salud, dirigiéndose a la consolidación del poder público y de las acciones integradas de la salud y saneamiento, transcurriendo al cambio del paradigma que surgió en el contexto de una óptica “desarrollista”, que ha resultado en la bipolarización de dichas acciones, e identificando las actuales reacciones contrarias a la ruptura entre los sectores y las posibilidades originadas de nuevos marcos legales. Se analizan las convergencias e intersecciones, explicadas a partir de las necesidades intrínsecas de cada sector y por otros condicionantes sistémicos, y la importancia de consolidar una visión integrada entre la salud y el saneamiento para el avance del desarrollo social del País. Hay que aclarar que la expresión “saneamiento” corresponde, en Brasil, a un conjunto de acciones caracterizadas por el suministro de agua, el manejo de las aguas residuales y de los residuos sólidos, la limpieza urbana y el drenaje y la gestión de aguas pluviales urbanas. El término “saneamiento”, utilizado en los países hispano-hablantes, corresponde a lo que en Brasil se denomina “esgotamiento sanitario”.

PALABRAS CLAVE: Agua; Saneamiento; Salud; Aspectos históricos.

O percurso e o atual momento do setor de saneamento no Brasil são discutidos à luz de suas interfaces com a saúde, abordando-se a consolidação do poder público e das ações integradas de saúde e saneamento, passando pela mudança de paradigma surgida no cerne de uma ótica desenvolvimentista que resultou na bipolarização destas ações e identificando as atuais reações contrárias à ruptura entre os setores e as possibilidades advindas de novos marcos legais. Verificam-se convergências e interseções, explicadas pelas necessidades intrínsecas a cada setor e por outros condicionantes sistêmicos, e a importância de se consolidar uma visão integrada de saúde e saneamento para o avanço do desenvolvimento social do País. A expressão saneamento corresponde, no Brasil, a um conjunto de ações caracterizadas pelo abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. O termo “saneamento”, utilizado em países de língua hispânica, corresponde ao denominado “esgotamento sanitário” no Brasil.

Palavras chave: Água; Esgotos; Saúde; Aspectos históricos.

Introdução

A relação entre água e saneamento, de um lado, e saúde, de outro, pode ser avaliada por diversos ângulos. Fundamentalmente, é nítida a visão de proteção da saúde da população, que motivou as primeiras intervenções sanitárias nos países industrializados, o que nem sempre ocorreu de forma homogênea nos países em desenvolvimento. Nesses países, a despeito da origem do papel do Estado na promoção dos serviços de água e saneamento, geralmente orientados por uma visão de saúde coletiva, buscar enxergar esta relação intersetorial e interdisciplinar nos tempos atuais possui importante significado conceitual e de suporte às políticas públicas setoriais.

As relações intersetoriais são usualmente limitadas e a abordagem necessária para uma frutífera articulação entre os setores é traduzida por diferentes significados, em função do nível de desenvolvimento socioeconômico do país. Ao se avaliar o percurso histórico dos serviços de água e saneamento nos países menos desenvolvidos, pode-se identificar uma marca comum em vários deles: a herança de uma matriz tecnológica e gerencial advinda dos países colonizadores. Um olhar sobre a implantação das iniciativas na área revela uma forte hegemonia da importação tecnológica – europeia, inicialmente, e, em alguns casos, norte-americana, após a Segunda Guerra Mundial. Tal padrão tecnológico em geral foi muito pouco mediado pela realidade local e por suas condições sistêmicas, pois quando da presença dos colonizadores muitas vezes predominava a visão da independência das concepções tecnológicas com a realidade local e, portanto, da neutralidade dessas opções no domínio das técnicas. Assim, as especificidades físico-geográficas, meteorológicas, urbanas, sociais e culturais, dentre outras, não eram devidamente consideradas nesse processo.¹

Nesse sentido, a frequente desvalorização da aproximação entre água, saneamento e saúde pode ter implicações, nos dias atuais, na limitação dos benefícios dos serviços. Assim, este distanciamento pode resultar na redução do enfoque das ações de água e saneamento a uma visão meramente tecnicista e divorciada de seu contexto social, cultural e ambiental. O atual estado do setor de água e saneamento no Brasil é revelador da hegemonia desta visão, pela predominância de ações que elevaram rapidamente os

1 Léo Heller: “Interfaces and inter-sector approaches: water, sanitation and public health”, in: José Esteban Castro, Léo Heller (eds.): *Water and sanitation services: public policy and management*. London, Earthscan, 2009, pp. 122-138.

níveis de cobertura de redes de abastecimento de água, resultando, no entanto, em um significativo e crônico déficit no atendimento às demandas de saneamento. Esta forma de planejar as ações ampliou ainda mais a complexidade envolvida na integração entre os setores de água e saneamento e de saúde, uma vez que gerou impactos negativos sobre a saúde e o ambiente, refletindo diretamente na ampliação do quadro de exclusão social do País.

Uma visão limitada da integração entre ações indissociáveis impede a prática interdisciplinar necessária em um contexto no qual não se buscam apenas os meios, mas, sobretudo os fins a que se destinam os serviços de água e saneamento. Assim, a própria experiência dos países desenvolvidos pode ser simbólica, pois, embora a universalidade seja, em grande medida, uma realidade, a visão das interfaces científicas e a atuação intersetorial vem se apresentando como condição para enfrentar os novos problemas trazidos pela sociedade contemporânea, a exemplo dos novos riscos detectados à saúde humana e as preocupações ambientais da atualidade.

Assim, o artigo procura mostrar elementos que permitam visualizar as diversas faces que assumiram o setor de água e saneamento no Brasil, sob uma perspectiva histórica, através da lente de suas relações com a saúde. Parte-se do pressuposto de que estas relações assumiram diferentes faces nos diversos períodos históricos e que tais diferenças têm sua determinação, tanto na lógica prevalente em cada um dos setores quanto em outras condições sistêmicas, externas aos setores. Entende-se ainda que buscar enxergar o setor de água e saneamento a partir de sua intersetorialidade pode se constituir abordagem eficaz para ampliar a compreensão de suas motivações em cada período histórico.

Embora o foco do trabalho seja o contexto brasileiro, outros trabalhos vêm apontando para uma similaridade dessa evolução com a de outros países latino-americanos, a exemplo do paralelo histórico da área de água e saneamento, observado entre Brasil e Argentina.²

Para efeito da presente abordagem, os marcos históricos que orientaram o desenvolvimento das ações direcionaram a divisão do texto em quatro seções. Inicialmente aborda-se a formação da identidade sanitária nacional, considerando as diferenças regionais e socioeconômicas, principalmente em função do encontro entre as três distintas etnias existentes no

2 José Esteban Castro, Léo Heller: "The historical development of water and sanitation in Brazil and Argentina", in: Petri Juuti; Tapio Katko; Heikki Vuorinen (org.): *Environmental history of water. Global views on community water supply and sanitation*, London, IWA Publishing, 2007, pp. 429-446.

Brasil Colônia (1500 a 1808), em um contexto de dominação européia: indígena, branca e negra. A discussão principal neste primeiro panorama, diz respeito à criação e consolidação do poder público, em um ambiente que favorecia a integração entre as ações de saúde e as de água e saneamento, que então representavam o segmento preventivo da saúde. A maneira abreviada de se discutir este primeiro período não faz jus à miscelânea de experiências vividas nos quase quatro séculos de povoamento do território brasileiro. Entretanto, julgou-se necessário destacar seus aspectos mais importantes para a tradução da relação entre as ações de saúde e as voltadas para o abastecimento de água e o saneamento, a partir de suas raízes. Desta maneira, abrange-se o período colonial e o Império, desde o início do século XVI até o final do século XIX.

O segundo momento coloca em destaque a consolidação de uma visão sanitária, determinante para a formação de corpo técnico e acadêmico para a medicina e a engenharia nacionais. Ao mesmo tempo, formava-se uma visão estratégica sanitária, centrada em interesses imperialistas norte-americanos, que, a despeito de seu caráter despretensioso em relação às questões de saúde pública nacional, ampliaram as práticas voltadas para sistemas coletivos de água e saneamento. Considera-se que esse contexto prevaleceu sobretudo na primeira metade do século XX.

O terceiro período inicia-se com a discussão da dicotomia entre as ações de saúde e as de água e saneamento no Brasil, fundamentada na ótica desenvolvimentista capitalista durante os anos 1940 a 1960. Esta abordagem segue pelos caminhos que foram determinantes para a criação de uma política nacional de água e saneamento, no início dos anos 1970, e para o distanciamento destas ações das de saúde.

Apresenta-se, por fim, uma discussão sobre a realidade atual das áreas de água e saneamento e saúde, dando destaque para reações contrárias à ruptura e às possibilidades advindas dos novos marcos legais.

Origem e consolidação das ações: Água e saneamento para a saúde? (séc. XVI ao final do séc. XIX)

Em decorrência de cada momento histórico, dos aspectos que motivaram a implantação das políticas públicas relacionadas, da organização institucional e do contexto socioeconômico, tanto o conceito subjacente ao tema da saúde quanto o referente à água e saneamento assumiram diferen-

tes contornos durante a evolução do País, refletindo nas suas políticas públicas e estratégias de intervenção e, conseqüentemente, na articulação entre as duas áreas. Em um primeiro momento, o setor de água e saneamento esteve atrelado à questão sanitária, voltada para o enfrentamento das questões de saúde. Este período é caracterizado pela ocupação e interiorização da população no País, com a conseqüente miscigenação étnica entre brancos, negros e indígenas, em mais de quatro séculos de exploração pelos povos europeus dominantes, principalmente portugueses, sempre movidos pelos ideais de exploração econômica e exportação de riquezas para as respectivas metrópoles.

O início do processo colonizador brasileiro não requereu intervenções sanitárias de vulto e sequer a participação do Estado português na provisão de qualquer tipo de serviço. Tratou-se de um período em que a “transitoriedade, a precariedade e a provisoriabilidade do modo de vida da população” influenciaram o movimento de ocupação da parte do território na qual havia interesse econômico.³ A chegada e instalação dos portugueses, no entanto, resultaram na formação da chamada “identidade sanitária nacional”, por meio do encontro intercultural entre brancos, negros e índios. Neste contexto, configurou-se a maneira como a população passou a se abastecer com água e a dispor seus despejos, e, sobretudo, a forma como foram moldados seus hábitos higiênicos.

O modo de vida peculiar da população no início da ocupação do País, aliado às baixas densidades demográficas encontradas, fez com que, à época, as ações sanitárias fossem restritas predominantemente a iniciativas individuais, com intervenções coletivas muito localizadas. Lançava-se não facilmente de águas superficiais, sendo os fundos de vales, onde eram mais fartos os recursos hídricos, os locais de ocupação predominante.

No entanto, as mais antigas obras de água e saneamento no Brasil, a despeito da colonização portuguesa, datam da ocupação holandesa no nordeste do País, durante o século XVII. Com os holandeses, desembarcaram no País técnicos em hidráulica, que se ocuparam da construção de canais, diques e aterros na cidade de Recife.⁴ As ações foram motivadas pela visão de se assegurar a salubridade ambiental, evitando, por exemplo, o acúmu-

3 Fernando Novais: “Condições da privacidade na colônia”, in: *História da vida privada no Brasil 1: cotidiano e vida privada na América portuguesa*. Fernando Novais (coord. geral do volume) e Laura Melo e Souza (org. do volume). São Paulo, Companhia das Letras, 1997, pp. 13-40.

4 José Martiniano de Azevedo Netto, Guillermo Costa Alvarez: *Manual de Hidráulica*, 2 vols., Sao Paulo, Blucher, 1982.

lo de água, possivelmente em uma antecipação dos ideais que inspiraram a teoria miasmática. Evidentemente, também resguardar as relações comerciais era fator determinante para as medidas adotadas, configurando, assim, uma dupla motivação.

Por iniciativa da nova sociedade brasileira, as ações sanitárias coletivas só vieram a prosperar a partir do século XVIII, impulsionadas pelo acúmulo de riquezas geradas pelas experiências mineradoras exitosas. A descoberta do ouro, no final do século XVII, trouxe a primeira leva migratória substancial para o País, ocasionando amplo crescimento demográfico nos pólos existentes e formação de novos núcleos de povoamento. A conjuntura econômica favorável, por sua vez, possibilitou a construção de chafarizes, poços, cisternas e aquedutos nas capitais das províncias e nas povoações surgidas e estabelecidas em torno dos garimpos. Entretanto, tais ações isoladas não foram suficientes para promover melhorias nas condições sanitárias no país.

Assim, a preocupação com a situação sanitária surgiu com a vinda da corte portuguesa para o Brasil, quando se quebrou o monopólio comercial daquele País sobre a colônia. A abertura do comércio a todas as nações amigas, nesta ocasião, fez surgir uma demanda por melhoria das condições de higiene nos portos⁵.

No plano institucional, observa-se uma ação incipiente do Estado português, desde o início da colonização, no século XVI, até o final do século XIX, quando se verifica a mudança do estatuto político do País, de Reino Unido de Portugal e Algarves para República dos Estados Unidos do Brasil.⁶ Apenas em 1808 foi constituída a primeira forma de autoridade sanitária oficial do País, o cargo de diretor geral de Saúde Pública. Depois, a partir de 1849, foram criadas a Comissão Central de Saúde Pública e a Comissão Central de Engenharia e, no ano seguinte, a Junta de Higiene Pública. São eventos que aproximaram a visão do abastecimento de água e saneamento da visão de saúde pública, contudo, de forma tênue e com abrangência geográfica restrita à capital do Império, então a cidade do Rio de Janeiro.⁷ A partir de meados do século XIX iniciou-se no País um processo que desencadeou ampla discussão entre as elites intelectuais e econômicas, acerca da necessi-

5 João de Barros Barreto: "Finalidades, legislação, estrutura e posição hierárquica", in: *O DNS em 1944*. Rio de Janeiro, Arquivos de Higiene, 1945.

6 André Monteiro Costa: *Análise histórica do saneamento no Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da ENSP – Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.

7 Massako Iyda: *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo, Editora UNESP, 1994.

dade de coletivização do bem estar, conhecido como “conscientização da interdependência sanitária”.⁸ A omissão do Estado, em efetivamente assumir responsabilidades sobre a saúde pública, conscientizou as elites de que o país vivia duas perversas “tríades epidemiológicas” sendo a zona rural (ou “sertões”) acometida por ancilostomíase, malária e doença de Chagas e as cidades devastadas por febre amarela, varíola e peste bubônica.⁹ Não combater tal quadro, dada a interdependência das doenças transmissíveis, resultaria em amplificar o já bastante grave quadro de saúde da população, o que não se restringiria aos mais pobres. O entendimento de que tais epidemias atingiam a todas as classes sociais e de que estas geravam instabilidade na produção e, conseqüentemente, na economia nacional, foi de fundamental importância para aumentar o interesse de diversos segmentos da sociedade na questão da saúde pública. Ainda assim, as intervenções realizadas pelos poderes públicos locais continuavam a ser pontuais e ineficientes.

No entanto, foi apenas a partir de meados do século XIX e início do XX que o Estado se viu obrigado a assumir responsabilidades sobre os serviços de água e saneamento nas principais cidades do País. Contudo, ele o fez transferindo os serviços mais importantes para as empresas privadas, majoritariamente inglesas, influenciado pelas fortes relações comerciais do País com o Reino Unido. Tal opção relacionou-se tanto à constatação da fragilidade do Estado em implantar sistemas coletivos de água e saneamento, como, em alguns casos, à associação desta necessidade ao controle do mencionado quadro de saúde urbana. Por esta ocasião, as manifestações contrárias às companhias privadas de abastecimento de água nas cidades onde este serviço havia sido instalado foram recorrentes, em função da limitação dos sistemas implantados. Ambiguamente, a saúde era evocada para justificar modelos de prestação de serviços – privados – distantes de priorizarem a dimensão da saúde pública em suas ações, conforme se observa no período seguinte, objeto da próxima seção. Apesar de, neste primeiro momento, as experiências em saneamento não terem sido bem sucedidas, verifica-se uma redução, mesmo que pequena, da mortalidade geral no país, tendo a expectativa de vida média do brasileiro aumentado de 27,3 anos, em 1870, para 30,6 anos, em 1910.¹⁰

8 Gilberto Hochman: *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais do IUPERJ, Rio de Janeiro, 1998.

9 Cláudio Bertoli-Filho: *História da saúde pública no Brasil*. São Paulo, Editora Ática, 1996.

10 Eduardo Arriaga: *Components of city growth in selected Latin American countries*. [S.l.], Milban Memorial Fund Quarterly, 1968.

Em síntese, as políticas e ações voltadas para o abastecimento de água e o saneamento, nos quatro primeiros séculos após a chegada dos europeus, foram caracterizadas pela omissão do Estado, sua relutância em assumir encargos no campo da saúde pública e uma relação ambígua entre a área de abastecimento de água e saneamento e sua integração com a da saúde. Contudo, esta ambigüidade termina por acompanhar os períodos subsequentes, o que constituiu a marca de suas políticas, verificando-se, portanto, a alternância entre momentos de maior e menor aproximação.

A Institucionalização da saúde no Brasil: ênfase para água e saneamento (final do século XIX e primeira metade do XX)

O rápido crescimento populacional no Brasil do final do século XIX e início do século XX, em função das significativas imigrações estrangeiras, contribuiu para o aparecimento de novas vilas e cidades, provocando também o adensamento naquelas pré-existentes e o aumento das demandas relacionadas à infra-estrutura sanitária. A abolição da escravatura e a subvenção à imigração repercutiram fortemente na vida da população, determinando o aumento da massa de excluídos. Os ex-escravos, em grande medida, emigraram para a capital do País, a cidade do Rio de Janeiro, e para a destacada cidade de São Paulo, que teve a sua economia impulsionada em virtude dos lucros expressivos advindos da produção e comercialização do café. Além destes dois centros urbanos, os libertos se dirigiram a outras importantes cidades litorâneas e ocuparam áreas preteridas ou esquecidas dentro dos limites urbanos, formando as favelas. Nas fazendas de café, a mão de obra italiana substituiu a escrava, e a imigração internacional estabeleceu-se, com a demanda de modernização do Brasil, para alçá-lo ao posto de país capitalista.

As oligarquias regionais cafeeiras, detentoras de grande poder político e econômico, endossaram a nova política de modernização do Estado brasileiro, parcialmente voltada para a melhoria da infra-estrutura urbana e os meios de produção, evidentemente sob forte inspiração econômica. O estado de São Paulo consolidou-se como a unidade federativa mais dinâmica e próspera do País, atraindo muitos imigrantes estrangeiros. Os expressivos lucros advindos da expansão cafeeira, a partir de 1850 até a década de 1930, foram os responsáveis pela industrialização que se desenvolveu no

Sudeste do Brasil, e também pela expansão dos serviços sanitários. As ações de saúde, consideradas entre elas aquelas voltadas para o abastecimento de água e o saneamento, difundiram-se por todo o estado de São Paulo, iniciando-se em Santos, principal porto e ponto de chegada dos imigrantes. A meta era controlar a ameaça constante de doenças, que comprometiam a produtividade e denegriam a imagem do País, prejudicando as imigrações estrangeiras, que já haviam sido restringidas anteriormente, em função das péssimas condições sanitárias vigentes e das frequentes epidemias. Desta forma, as ações de água e saneamento foram direcionadas às regiões que já dispunham de vantagens relativas.¹¹

O estado de São Paulo foi pioneiro na realização de ações voltadas para o atendimento de demandas sanitárias no Brasil e apresentou os maiores investimentos no setor de saúde no primeiro quartil do século XX. Sua atuação serviu de estímulo para o desenvolvimento de políticas de saúde em outras unidades da federação e países da América do Sul.¹² A saúde do trabalhador e suas condições de moradia, saneamento e higiene eram, na ótica de então, intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento e à melhoria da produção. Na vertente da nova sociedade capitalista, a insalubridade era incompatível como desenvolvimento. Antes, porém, sérios prejuízos haviam sido causados ao setor produtivo pelas epidemias, tendo levado as autoridades a priorizarem as políticas públicas promotoras de saúde.¹³

No entanto, no início do século XX, as demandas sociais eram atendidas de forma precária no Brasil, sob a responsabilidade das unidades da federação e dos municípios. Os ideais de modernização do País envolviam uma estratégia fundamentada na visão das reformas sanitárias que aconteciam em países da Europa e nos Estados Unidos. O fortalecimento da teoria da unicausalidade e o desenvolvimento da bacteriologia influenciaram na maneira de agir contra as doenças. Principalmente a visão curativa, mas também ações de prevenção delinearam a saúde pública: no plano individual por meio de medicamentos específicos, soros e vacinas e, no plano coletivo, pela tentativa de extermínio dos focos irradiadores das doenças.

Procedeu-se, assim, à reestruturação das cidades, em consonância com o plano de reformas sanitárias do médico sanitarista Oswaldo Cruz, então diretor geral de Saúde Pública do País, no entanto excluindo-se gran-

11 George Martine; Vilmar Farias: *Contexto social da política e da pesquisa em população no Brasil*. São Paulo, Revista Brasileira de Estudos de População, 1985.

12 André Monteiro Costa: *Análise histórica do saneamento no Brasil*. Dissertação...

13 Bertoli-Filho: *História da saúde pública*

de parte da população de qualquer benefício e expando as camadas sociais mais baixas à perseguição pela polícia sanitária e à destituição das próprias casas, consideradas “antro de imundície, perversão e anarquismo”.¹⁴ Neste tempo, as ações de saúde pública eram realizadas de forma autoritária, motivando um episódio conhecido como a “Revolta da Vacina” (1904), contra o autoritarismo e a sujeição imposta às classes sociais mais baixas, na cidade do Rio de Janeiro. A prisão dos líderes que incitaram a revolta debelou-a, mas a obrigatoriedade da vacina foi revogada e “o mais indomável movimento popular ocorrido no Rio de Janeiro” exigiu que o Estado buscasse outras formas de atuação, respeitando os direitos individuais, mesmo na busca de soluções coletivas.¹⁵ O arranjo constitucional, que fortalecia a esfera administrativa local, dificultava o desenvolvimento da cooperação federativa, em um País com estados constituídos como forte instância político-administrativa, no enfrentamento dos problemas relacionados com a interdependência humana. O contágio pelas doenças foi um fator de aproximação entre os estados brasileiros, e destes com a União, que se colocou em defesa das políticas públicas nacionais e da ampliação do poder central, como forma de dar solução global a um problema que seria, pelo menos em tese, de toda a população e das diversas regiões do País.¹⁶ Neste período, Oswaldo Cruz enviou um delegado de higiene a Cuba, para observar as pesquisas envolvendo o contágio da febre amarela realizadas pelos norte-americanos, seguindo os passos de um sanitarista de São Paulo, Emílio Ribas, que havia feito o mesmo em 1898 e já criara, com subsídio ao governo de seu estado, um instituto para desenvolver a vacina antiamarílica.¹⁷

O movimento sanitarista que se formou em torno da questão epidemiológica no Brasil, por ocasião das referidas “tríades epidemiológicas”, foi muito importante no processo de constituição de uma ideologia nacional. Inicialmente, foram adotadas medidas relacionadas ao saneamento urbano, principalmente no Distrito Federal (Rio de Janeiro), como forma de combate às epidemias. Em um segundo momento, houve a propagação

14 José Murilo de Carvalho: *Os bestializados — O Rio de Janeiro e a República que não foi*, São Paulo, Editora Schwarcz, 1987.

15 José Carlos Bom Meihy, Cláudio Bertolli Filho: *Guerras e revoluções brasileiras - Revolta da Vacina*, São Paulo, Editora Ática, 1995.

16 Sonaly Rezende, Léo Heller: *O saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008.

17 Idya: *Cem anos de saúde pública ...*

da “redescoberta” do interior do Brasil, doente e abandonado, por meio de um movimento das elites intelectuais do País, com ênfase nas ações voltadas para a população rural e com forte apelo social.¹⁸

Institutos de pesquisas em microbiologia e parasitologia foram criados nas capitais do País, privilegiando o combate ao agente causador da doença. A revolução científica no campo das ciências impulsionou a pesquisa médico-epidemiológica, que passou a contar com suporte do governo federal. Expedições ao interior do país, apoiadas pela Fundação Rockefeller, de capital norte-americano, foram realizadas com o intuito de estudar as condições de saúde da população rural, motivo que ocultava a real intenção de se conhecerem as riquezas minerais do território brasileiro e viabilizar a sua exploração. Porém, o Brasil que se descobriu, tomado pela ancilostomíase, pela malária e pela doença de Chagas, provocou grande comoção entre os sanitaristas e intelectuais progressistas, que criaram a Liga Pró-Saneamento do Brasil, um movimento que uniu vários segmentos da sociedade, empenhados na conquista de melhorias para a saúde do habitante rural, condição indispensável ao desenvolvimento econômico do país, assentado no seu pretenso potencial agrícola.¹⁹

Apesar da visão romântica, envolvendo a relação entre saneamento rural e desenvolvimento nacional, descrita por Hochman, a “redescoberta dos sertões” consolidou a presença do poder público federal nas unidades da Federação, possibilitando a transferência das ações sanitárias locais, de interesse nacional, para a União. Tal arranjo constituiu uma inovação, visto que as ações de saúde pública, quando coletivas, até então haviam estado sob a responsabilidade dos municípios ou estados brasileiros.

No que diz respeito aos serviços de água e saneamento, as reações contrárias à atuação da iniciativa privada no Brasil fizeram com que o Estado assumisse os serviços a partir do início do séc. XX, transferindo a responsabilidade pela sua prestação aos municípios. Apesar de seu desenvolvimento embasado na visão da prevenção de doenças e como ações de iniciativa da área de saúde, as intervenções voltadas para o abastecimento de água foram preponderantes sobre as de saneamento. Em 1910, 186 cidades contavam com sistemas de abastecimento de água contra menos de 50 cidades com sistemas de esgotamento sanitário. Em 1930, eram 344 e 150 as cidades brasileiras que possuíam sistemas de abastecimento de água e de

18 Rezende, Heller: *O saneamento no Brasil:*

19 Hochman: *A era do saneamento: as bases da política ...*

esgotamento sanitário, respectivamente.²⁰ Esta tendência se consolidou e marcou os períodos subseqüentes, parecendo ter sido assimilada de forma passiva pela população e ignorada pelos governos, deflagrando e exacerbando o quadro de exclusão sanitária nas áreas pobres do País, com graves prejuízos para o ambiente e para a saúde da população.

Até meados do século XX, o desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde e a centralização do poder público movimentaram as ações de saneamento, que continuaram a privilegiar os centros urbanos mais importantes. A União incentivava a formação das comissões sanitárias e a criação de órgãos federais, com o intuito de estabelecer convênios com Estados e municípios, como a criação de órgãos como a Inspetoria de Obras Contra a Seca – IOCS, substituída posteriormente pela Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas – IFOCS; o Departamento Nacional de Obras de Saneamento – DNOS e o Serviço Especial de Saúde Pública – SESP (Costa, 1994). A formação do SESP contou com a participação de profissionais e o financiamento da Fundação Rockefeller e sofreu forte influência norte-americana, possuindo, inicialmente, caráter provisório, voltado apenas para atender aos interesses dos Estados Unidos durante a II Guerra Mundial. Seus múltiplos objetivos, somados à grande demanda por seus serviços, fizeram com que o SESP continuasse a desenvolver ações sanitárias até 1991, quando foi transformado em Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

A Consolidação da ruptura (segunda metade do século XX)

Com a consolidação do capitalismo no Brasil, a partir da industrialização e crescente urbanização, em meados do século XX ocorreram inúmeros debates, envolvendo a institucionalização do setor de água e saneamento, uma vez que este ganhara contornos mais expressivos com a política industrial. Diferentes modelos de gestão foram analisados e soluções para o financiamento começaram a ser discutidas. Todavia, a sociedade não participou das decisões, ficando completamente alheia aos novos rumos da política de água e saneamento. Paralelamente, o esvaziamento de recursos para o segmento preventivo da saúde pública impedia o Estado de atuar

20 Pedro Carlos da Silva Telles: *História da engenharia no Brasil - século XX*, Rio de Janeiro, Clube da Engenharia/Claverd Editoração, 1993.

com eficácia na precária situação da saúde coletiva. Essa nova estrutura ficou fortemente caracterizada pela criação de “serviços que sobrepunham uns aos outros, complicando ainda mais a burocracia”,²¹ tendo sido aumentados os gastos com pagamentos de funcionários, em detrimento das verbas para políticas sociais, como os serviços de saneamento.

Foi durante a República Populista (1946-1950) que surgiram novas diretrizes para a área da saúde, colocando em xeque a capacidade do Estado de realizar plenamente as ações de caráter preventivo. Criou-se uma dicotomia entre as ações de saúde e aquelas voltadas para o abastecimento de água e o saneamento, levando a área da saúde ao encontro de amplas modificações, que a retiraram da esfera federal e pública, favorecendo a atuação da iniciativa privada. Voltou-se, portanto, para o plano “curativo” das ações, distanciando-se progressivamente das ações de caráter preventivo. Ao mesmo tempo, o saneamento buscou maior autonomia, garantida pelas novas experiências de gestão, como as autarquias e as empresas públicas.²²

Durante o período militar (1964-1985), os tecnocratas civis e militares tornaram ainda maior a burocracia estatal, em nome da “segurança e desenvolvimento”, incentivando a individualização da saúde pública e a dissociação das ações de abastecimento de água e de saneamento do setor de saúde. A saúde pública centrou-se no modelo assistencial, ficando as ações do segmento preventivo praticadas no âmbito do Ministério da Saúde, e a assistência médica, centralizada no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A medicina e o regime previdenciário ganhavam cada vez mais espaço institucional, enquanto o Ministério da Saúde (MS) passava a figurar no segundo plano da tomada de decisões, tendo suas ações restritas à elaboração de projetos e programas.²³

A intensificação da migração de nordestinos para o Sudeste do País, na década de 1950, chamou a atenção das autoridades para a necessidade do desenvolvimento do semi-árido brasileiro, havendo a institucionalização de um órgão específico para o atendimento das demandas do Nordeste Brasileiro, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste.²⁴ Entretanto, o modelo de desenvolvimento adotado durante o regime autoritário foi responsável pela ampliação do êxodo rural e do acelerado crescimento populacional urbano, com o agravamento das questões sanitárias.

21 Bertoli-Filho: *História da saúde pública...*

22 Iyda: *Cem anos de saúde pública ...*

23 Bom Meihy, Bertoli Filho: *Guerras e revoluções brasileiras ...*

24 SUDENE. *Legislação básica*. Recife, Mousinhos Artefatos de Papel Limitada, 1962.

Durante os primeiros anos da Ditadura Militar no Brasil, a partir de 1964, políticas públicas setoriais centralizadoras foram adotadas como veículos do rápido crescimento econômico, sendo que a questão da salubridade passou a ser fundamental nas discussões envolvendo saúde pública e política ambiental. Os serviços de abastecimento de água e saneamento passaram a ser praticados com uma lógica fortemente empresarial, com base na visão da auto-sustentação econômica pela cobrança de tarifas, e vários programas surgiram com o intuito de ampliar a oferta de serviços, principalmente para a população urbana.²⁵

No entanto, o grande desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços levou o governo militar a considerar a política de água e saneamento como estratégica para o desenvolvimento, concebendo-a, assim, conforme a referida abordagem empresarial. A atitude mais concreta no sentido de buscar este equilíbrio foi a edição do Decreto-Lei n.º 200/1967, que reformulava a administração pública brasileira. Foram criados instrumentos de natureza financeira, como o Banco Nacional de Habitação (BNH), de pesquisa, coordenação e planejamento e entidades de desenvolvimento sub-regional. A mudança mais significativa no âmbito das políticas públicas ocorreu a partir do início da década de 1970, com a implementação do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), possível graças à criação do BNH, entidade fundada em 1967 e encarregada de orientar as diretrizes do setor de Saneamento e da área de habitação. O Planasa foi sustentado com recursos provenientes de um fundo dos trabalhadores, em uma conjuntura de “milagre econômico”.²⁶

A auto-sustentação tarifária e o subsídio cruzado, entre consumidores e entre cidades do mesmo estado, eram os pilares econômicos do PLANASA, que elegeu as companhias estaduais para terem acesso exclusivo aos recursos do Sistema Financeiro de Saneamento, impelindo assim os municípios, titulares legais dos serviços, à transferência da gestão municipal para as companhias estaduais. Um dos argumentos empregados nesta centralização era o empobrecimento da maior parte dos municípios após a reforma tributária de 1965.²⁷

25 Emília Rutkowski: *Desenhando a bacia ambiental – subsídios para o planejamento das águas doces metropolitan(izad)as*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

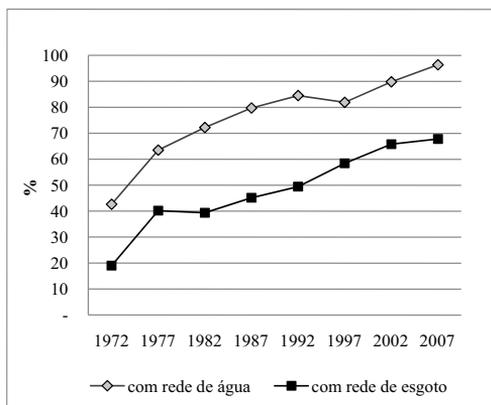
26 Rezende, Heller: *O saneamento no Brasil: ...*

27 Wanderley Manso Almeida: *Abastecimento de água à população urbana: uma avaliação do PLANASA*. Rio de Janeiro, IPEA/INPS (Coleção Relatórios de Pesquisa, 37), 1977.

O PLANASA tinha como metas específicas iniciais atingir uma cobertura de 80% da população urbana com abastecimento de água em 1980 e de 90% em 1990; e elevar a cobertura de redes de cloacas nas regiões metropolitanas, capitais e cidades de maior porte, em 1980, atingindo 65% da população urbana em 1990. Após período de recessão da economia nacional, a dispersão dos organismos que fomentavam o PLANASA foi determinante para o esvaziamento dos recursos que viabilizavam o Plano, sem que suas metas fossem atingidas. No período compreendido entre 1992-94 houve a suspensão das contratações de financiamentos, em função das dificuldades relacionadas à baixa disponibilidade causada pelo declínio conjuntural da arrecadação do Fundo, com recursos dos trabalhadores. Apenas em meados da década dos 1990, as disponibilidades de recursos voltaram-se para o atendimento das demandas de saneamento, por intermédio do Programa Pró-Saneamento, a partir do qual foram firmadas novas contratações. Porém, sem o êxito esperado, o PLANASA desembocou em um vazio institucional que gerou lentidão na evolução da cobertura de saneamento.²⁸

FIGURA 1

EVOLUÇÃO DA COBERTURA DE REDES DE ÁGUA E SANEAMENTO NOS DOMICÍLIOS URBANOS BRASILEIROS



Fonte: IBGE - Censo Demográfico de 1970 e PNADs de 1977, 1982, 1987, 1992, 1997, 2002 e 2007. Véase nota 11.

28 Rezende, Heller: *O saneamento no Brasil:*

A Figura 1 mostra a evolução da cobertura de redes de água e de cloacas nos domicílios urbanos brasileiros durante a vigência do PLANASA. Os níveis de cobertura que eram baixos no início da década de 1970, em torno de 40% e 20%, para ambos os serviços, respectivamente, elevaram-se significativamente até o período recente, principalmente para o abastecimento de água. Entretanto, os déficits de cobertura para a coleta de esgotos ainda permanecem elevados, sendo crítica a situação de seu tratamento, visto que menos de 1/3 do volume de esgotos coletados no Brasil, no ano 2000, era tratado.²⁹

Foi amplo o aporte de recursos para o abastecimento de água, o que contribuiu para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo para a redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento na expectativa de vida (ver Figuras 2 e 3). As metas do PLANASA para o abastecimento de água foram cumpridas, mas a ausência de integralidade entre estas ações e as de saneamento e a predominância dos investimentos nas regiões mais desenvolvidas, tornaram ainda mais agudo o quadro de desigualdades sociais no País. Tal definição de prioridades era muito assentada na visão empresarial dos serviços, que acabava por contrapor a necessidade de promoção da saúde com a visão da viabilidade econômica.

Entende-se que o distanciamento entre os setores de saúde e de água e saneamento foi ampliado com a maciça transferência da gestão da água e do saneamento para as companhias estaduais, dentro da estratégia de desenvolvimento, que ampliava o nível de mercantilização dos serviços considerados essenciais. Essa mudança no setor de saneamento, driblando a Constituição brasileira, que atribuía aos municípios a titularidade dos serviços, foi determinante para o esfacelamento do poder municipal, consolidando-se, então, a hegemonia do poder central sobre o local. Outra nítida deficiência do PLANASA relaciona-se à não integração da política de água e saneamento com outras políticas públicas, fator determinante do quadro de exclusão social vivenciado no final do século XX no País.

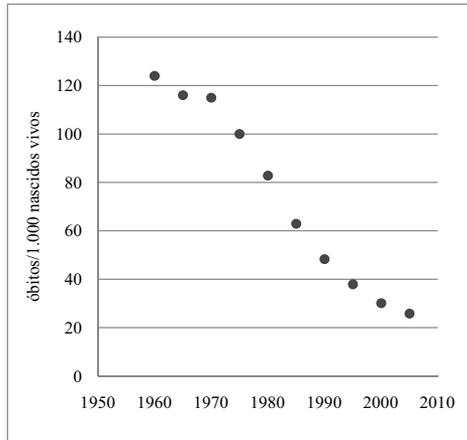
Século XXI: A realidade reage à fragmentação

O setor de água e saneamento no País ingressa no século XXI com uma pesada herança do PLANASA. Os principais pressupostos daquele

²⁹ IBGE: *Pesquisa Nacional de Saneamento Básico: dados da amostra*, Rio de Janeiro, IBGE, 2000.

FIGURA 2

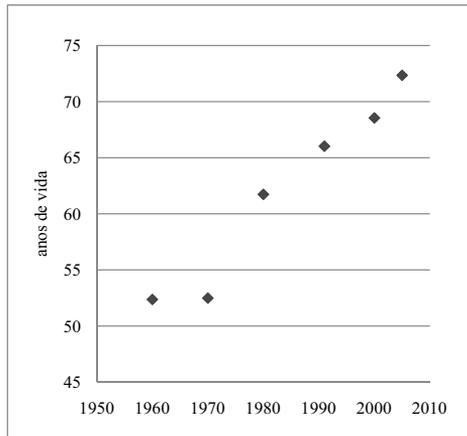
EVOLUÇÃO DA TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL



Fonte: IBGE - Censos demográficos 1960 a1991. Véase nota 2.
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1965, 1975, 1985, 1995, 2005. Véase nota 3.

FIGURA 3

EVOLUÇÃO DA ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER NO BRASIL



Fonte: Indicadores sociodemográficos prospectivos para o Brasil 1991/2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

plano moldam fortemente a política do setor: a presença quase onipresente das companhias estaduais, o subsídio cruzado entre municípios de diferentes estados, a tímida atuação das companhias estaduais em saneamento e tratamento de águas residuárias – em contraste com o abastecimento de água - o maior acesso dessas companhias às fontes federais públicas de financiamento; a tímida intersetorialidade, sobretudo com o setor de saúde e a quase inexistente participação da sociedade e controle social sobre os serviços. A resultante de tal herança, como não se poderia esperar de outra forma, traduz-se pelo elevado passivo sanitário, incompatível com o padrão de desenvolvimento exibido pelo País - ou, ao menos, que se gostaria de exibir.

Importantes modificações foram introduzidas, a partir da posse do governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003. Após um longo período de baixa institucionalização do setor de água e saneamento no nível federal, foi estabelecida uma instância com atribuições exclusivas na área de água e saneamento, com a criação do Ministério das Cidades e, em sua estrutura, da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA). Sua missão contempla “assegurar os direitos humanos fundamentais de acesso à água potável em qualidade e quantidade suficientes e a vida em ambiente salubre nas cidades e no campo, segundo os princípios fundamentais da universalidade, equidade e integralidade”, tendo “como meta promover um significativo avanço, no menor prazo possível, rumo à universalização do abastecimento de água potável, esgotamento sanitário (coleta, tratamento e destinação final), gestão de resíduos sólidos urbanos (coleta, tratamento e disposição final), além do adequado manejo de águas pluviais urbanas, com o conseqüente controle de enchentes”.³⁰ A própria SNSA anuncia que “como uma questão essencialmente de saúde pública, o acesso aos serviços de saneamento básico deve ser tratado como um direito do cidadão, fundamental para a melhoria de sua qualidade de vida. Com esse foco, a SNSA objetiva a promoção do acesso universal a esses serviços, com preços e tarifas justas, mediante atendimento aos requisitos de qualidade e regularidade, com controle social”. Logo, competem a essa secretaria ações como financiamento, avaliação, implementação e estabelecimento de diretrizes para a área, tornando-se, assim, a principal referência em água e saneamento, no nível federal.

30 Brasil. <http://www.cidades.gov.br/secretarias-nacionais/saneamento-ambiental/secretaria-nacional-de-saneamento-ambiental>, acesso em 29 de julho de 2009.

Além dessa organização, no âmbito do governo federal, foi criado o Conselho Nacional das Cidades de caráter deliberativo e consultivo e com a finalidade de “propor diretrizes para a formulação e implementação da política nacional de desenvolvimento urbano, bem como acompanhar e avaliar a sua execução”³¹ e em cuja estrutura se inclui o Comitê Técnico de Saneamento Ambiental, com funções de assessoramento. Pretende-se que a mesma estrutura se reproduza nos níveis dos estados e municípios. No entanto, no nível estadual, o que se verifica com mais frequência é a inexistência de órgãos formais do executivo que se dediquem à área de abastecimento de água e esgotamento sanitário, ficando essa função em geral restrita às companhias estaduais. Esse modelo traz limitações à busca de um serviço mais universal e igualitário para a população do respectivo Estado, uma vez que as companhias não atuam em todos os seus municípios.

No nível municipal, embora a Constituição Federal estabeleça a competência do município para organizar e prestar os serviços, entendidos como de natureza local, observa-se que nem sempre esse direito – e esse dever – é exercido plenamente. Segundo o modelo vigente, os municípios devem operar diretamente os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário ou concederem os serviços para terceiros, mas se espera, nesse caso, que o governo municipal exerça um acompanhamento da concessão e exija do concessionário um serviço adequado aos interesses de sua população. Para a atual realidade brasileira, nem sempre o poder municipal tem consciência dessa sua responsabilidade e se omite perante a concessão.

Entretanto, no plano legal o governo Lula formulou e editou nova lei, que apresenta potencial para novo quadro político-institucional que efetivamente suceda o modelo da década de 1970: a denominada “Lei do saneamento” – Lei n.º 11.445 de 05/01/2007.³² Esta Lei tem por função estabelecer “diretrizes nacionais para o saneamento básico” e sua promulgação traz perspectivas otimistas para o futuro do setor, pois guarda o potencial de acelerar a universalização dos serviços e melhorar a qualidade do atendimento à população. A nova ordem legal e institucional viria suprir a lacuna de marcos para o setor, pouco claros desde o ocaso do PLANASA, quando um ambiente sem regras claras trazia aos agentes do setor insegurança quanto ao futuro. Tal indefinição vem afetando particularmente a

31 Brasil: *Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*, Brasília, Ministério da Saúde (Série B: Textos básicos de saúde), 2006.

32 Brasil. Lei 11.445. Política Nacional de Saneamento Básico. 2007.

relação entre municípios e companhias estaduais, sobretudo quando os contratos de concessão não tem mais vigência, dificultando, portanto, às companhias estaduais e aos municípios um eficaz planejamento por um período maior de tempo.

Dentre os princípios contemplados na Lei, observam-se alguns que procuram concretizar bandeiras históricas de segmentos democráticos do setor, destacando-se:

- o conceito amplo de saneamento básico, incluindo as ações de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais;
- a afirmação do objetivo de salubridade ambiental para os serviços, em contraposição à visão da água como bem econômico;
- a afirmação do papel do Estado e do sentido público do setor, em contraposição à concepção da privatização como meio de universalização dos serviços;
- o compromisso com a universalização, a integralidade e a equidade;
- a afirmação dos conceitos de regulação, planejamento e avaliação dos serviços, de forma articulada entre si;
- a implantação de regras claras para a delegação dos serviços, afirmando os direitos do seu titular;
- o reconhecimento do controle social, embora sem a clara previsão de mecanismos concretos para sua implementação;
- o favorecimento do acesso aos serviços à população de baixa renda.

Em termos da aproximação entre as áreas de água e saneamento e saúde, pode-se apontar que o mundo contemporâneo a torna mais complexa, da mesma forma que torna mais plural a atuação da área de água e saneamento, que passa a ter que observar outras interfaces setoriais, para se alcançar pleno êxito em suas ações, como as de meio ambiente, recursos hídricos, desenvolvimento urbano e desenvolvimento regional, entre outras.

Especificamente quanto à relação entre a área e a saúde pública no Brasil, pode-se dizer que a criação da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, ainda mais no âmbito de ministério com claras competências para atuar nas áreas urbanas, poderia vir a ser um fator de maior distanciamento, dado que a localização do setor de água e saneamento nesta instância já carrega uma lógica conceitual. O mesmo não se pode afirmar da nova legislação, que estimula a aproximação com a visão de promoção da saúde e, em suas políticas, com a política de saúde.

No entanto, a realidade é muito mais rica e complexa que as instituições e as leis a conseguem modelar e, com vida própria, as aproximações entre os dois setores vêm ocorrendo em diversos níveis e situações. A estruturação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e sua Coordenadoria de Vigilância Ambiental (CGVAM), no âmbito do Ministério da Saúde, por exemplo, reflete bem essa proposta de construção em rede, com possibilidades de atuação intersetorial. Tal instância visa a proteção e promoção da saúde da população, por meio do acompanhamento contínuo de eventos adversos à saúde com o propósito de aprimorar as medidas de controle, incluindo em sua aplicação a coleta sistemática de informações, análise dos dados e divulgação das informações. Pautado na lógica da vigilância em saúde (VS), o objeto-problema de preocupação amplia-se para além dos fatores de risco ou doenças e doentes, passando a incidir sobre as necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde,³³ entre os quais se apresentam a área de água e saneamento. Em uma concepção mais abrangente, reúne, numa única estrutura do Ministério da Saúde, ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, além da promoção à saúde.³⁴

Nesse sentido, a Vigilância Ambiental em Saúde (VSA) configura-se como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana. Tem como objetivos adotar e recomendar medidas para a remoção ou redução da exposição a situações de risco relacionadas à variável ambiental”.³⁵ Assim, a vigilância ambiental em saúde possui, necessariamente, um caráter integrador inter e intrasetorial, e torna mandatória a avaliação e ação conjunta das áreas envolvidas com o ambiente e a saúde humana.³⁶

Entre essas ações, vislumbra-se a vigilância da qualidade da água para consumo humano, cujo principal objeto é a garantia do acesso à água em qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legis-

33 Antônio Luís Vicente Arreaza, José Cássio de Moraes: *Contribuição teórica-conceitual para pesquisa avaliativa no contexto da vigilância da saúde*, Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

34 Brasil: *Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios*, Brasília, Ministério da Saúde (Série B: Textos básicos de saúde), 2006.

35 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS ; v. 6, t.1; t. 2*, Brasília, CONASS, 2007.

36 Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Vigilância ambiental em saúde/Fundação Nacional de Saúde*. – Brasília, FUNASA, 2002.

lação vigente no Brasil – a Portaria 518/2004 - objetivando a promoção da saúde e reduzir os riscos provenientes da água. Para a sua efetiva implantação são realizadas ações, como a identificação, o cadastramento e a inspeção das diferentes formas de abastecimento. Este monitoramento da qualidade da água, com análise e classificação do grau de risco à saúde das diversas formas de abastecimento e também a avaliação e análise integrada dos dados, com disseminação das informações para a população, visam, entre outras ações, a educação, a comunicação e a mobilização social, também concernentes à promoção da saúde, uma vez que buscam ampliar a capacidade de autonomia dos sujeitos e transcendem a área da saúde, ao envolver outras instâncias para o alcance de melhores condições e qualidade de vida.

Além dessas ações, de caráter institucional, verifica-se que, no âmbito local, o desencontro entre os setores é muitas vezes ignorado pelas administrações municipais e pelos fóruns de participação da população. No nível local, os problemas são unos e desrespeitam as fronteiras disciplinares e a fragmentação da organização do Estado. Assim, observa-se que, na prática da participação social, conselhos de saúde se debruçam sobre os temas da água e saneamento, conselhos de meio ambiente tratam da saúde e do saneamento e assim sucessivamente.³⁷

Considerações finais

Ao se observarem as motivações para a atuação do Estado Brasileiro, no campo da água e saneamento, ao longo dos diferentes momentos históricos, é possível explicá-las pela lente das condições sistêmicas que ora promovem ora dificultam o acesso da população aos serviços, hoje, no Brasil, ainda distante de uma situação sanitária e ambiental que possa ser considerada ideal.³⁸

37 *Quem controla o saneamento? Um estudo sobre o controle social das políticas públicas de saneamento em quatro municípios da bacia do Rio das Velhas-MG*. Dissertação (Mestrado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos) - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, 2008.

38 José Esteban Castro: "Systemic conditions and public policy in the water and sanitation sector", in: Castro, Heller (eds.): *Water and sanitation services: public policy and management*, v. 1, pp. 19-37. Léo Heller: *Human Development Report. Background paper. Access to water supply and sanitation in Brazil: historical and current reflections; future perspectives*, 2006.

Pode-se sugerir que o caráter de atendimento pelos serviços de água e saneamento no País, em cada período histórico, foi moldado mais por fatores associados ao padrão de desenvolvimento sócio-econômico, que propriamente pela dinâmica interna do setor.³⁹ Como exemplo, pode-se citar a expansão progressiva do acesso aos serviços no final do século XIX, fortemente influenciada pela necessidade de expansão da infra-estrutura relacionada a interesses econômicos, como a melhoria dos portos para promover a exportação de produtos primários. Similarmente, outros períodos de expansão dos serviços de água e saneamento foram orientados pela necessidade urgente de atuar em questões de saúde pública, como o receio coletivo de epidemias nas áreas urbanas e expansão do precário quadro de saúde nas áreas rurais, no início do século XX.

Entre outros importantes fatores que podem ser identificados como impulsionadores da expansão dos serviços, identificam-se o impacto dos programas de ajuda norte-americanos, nos anos 1950-60, obviamente motivados por interesses econômicos da política imperialista, e o crescimento explosivo da urbanização nos anos 1960-1970, resultando na criação de importante plano nacional para o setor, durante a Ditadura Militar. Ademais, outro importante fator externo, que em alguns momentos históricos impulsionou a melhoria dos serviços, foi a visão do governo do País sobre a necessidade de melhoria de sua imagem externa, para fins de inserção internacional. Tal ocorreu tanto na segunda metade do século XIX, quando a elite do País se espelhava na Europa, quanto se observa na atualidade, em que o Brasil se candidata a exercer papel de liderança na arena internacional e prioriza o incentivo às exportações.

Em contraste, um conjunto de outros fatores externos ao setor de abastecimento de água e saneamento pode explicar periódicos refluxos na expansão dos serviços, bem como na baixa priorização do setor nas políticas nacionais. Dentre estes, incluem-se: a) o uso do setor como fonte de poder político e econômico, como, por exemplo, quando a provisão dos serviços foi transferida para companhias estaduais, a partir dos anos 1979, ou quando prevaleceram pressões para transformar o setor em um ambiente empresarial, aberto à participação privada, nos anos 1990; b) o impacto das crises econômicas, sobretudo relacionadas à reforma fiscal e à dívida externa, no financiamento do setor (décadas de 1980 e 1990); c) as contra-

39 Léo Heller: "Basic sanitation in Brazil: lessons from the past, opportunities from the present, challenges for the future", *Journal of Comparative Social Welfare*, v. 23, 2007, pp. 141-153.

ditórias tentativas neoliberais de afastamento da ação do Estado do setor, na década de 1990.

Tais influxos e refluxos ora vêm aproximando, ora vêm afastando, nos planos institucional e operativo, os setores de água e saneamento e o setor de saúde. Presentemente, verificam-se perspectivas positivas para que o setor de água e saneamento observe seu papel de promotor da saúde humana, ao tempo em que o setor de saúde considere os fatores de risco relacionados à água e ao saneamento na sua prática preventiva.

Recibido el 30 de julio de 2009
Aceptado el 28 de septiembre de 2009