



1

**Pôr fim à crise no sector da
água e do saneamento básico**

«O direito humano à água habilita todas as pessoas a água suficiente, segura, aceitável, fisicamente acessível e a um bom preço para uso pessoal e doméstico»

Comentário Geral n.º 15 das Nações Unidas, sobre o direito à água, 2002

«Não há missão mais nobre para o homem civilizado do que melhorar as condições sanitárias da humanidade»

Conselho de Saúde de Boston, 1869

A violação do direito de acesso do ser humano à água potável e ao saneamento básico está a destruir o potencial dos povos a um nível inaudito

A existência ou não de água potável e de saneamento básico pode promover ou, pelo contrário, impedir o desenvolvimento humano. São factores determinantes do que as pessoas podem ou não fazer, ou daquilo em que podem vir a tornar-se — em suma, para as suas capacidades de realização. O acesso à água não constitui somente um direito humano fundamental e um importante indicador do progresso dos povos. Também constitui a base a outros direitos humanos e é condição necessária para que se atinjam metas de desenvolvimento humano mais exigentes.

No limiar do século XXI, a violação do direito de acesso do ser humano à água potável e ao saneamento básico está a destruir o potencial dos povos a um nível inaudito. No mundo actual, cada vez mais próspero e interdependente, morrem mais crianças devido à falta de água potável e de instalações sanitárias do que por qualquer outra causa. A exclusão do acesso à água potável e ao saneamento básico destrói mais vidas humanas do que qualquer conflito armado ou acção terrorista. E também acentua as profundas desigualdades em termos de oportunidades de vida que separam os países e as suas populações, com base na saúde, no género e noutro tipo de indícios de carência.

Para além do sofrimento e da perda de vidas humanas, a escassez de água e de saneamento básico a nível mundial está a minar a prosperidade e a retardar o crescimento económico. As perdas de produtividade resultantes desta escassez estão a anular o esforço desenvolvido por milhões de pessoas das mais carenciadas do mundo, na sua tentativa de saírem da pobreza, e estão a conduzir países inteiros à estagnação. Quer do ponto de vista dos direitos humanos, quer da justiça social ou do senso comum económico, os danos infligidos pela falta de água e de saneamento básico são insustentáveis. A solução para esta escassez não é somente um imperativo moral e um acto de justiça. É também a atitude mais sensata, porque o desaproveitamento do potencial humano associado a águas insalubres e a um saneamento básico deficiente acaba por afectar negativamente toda a Humanidade.

Este capítulo explica a dimensão da crise da água e do saneamento básico e identifica as suas causas. Sublinha os custos do problema em termos de desenvol-

vimento humano — e os potenciais benefícios da sua resolução. Um melhor acesso à água e ao saneamento funcionaria como agente catalisador de um avanço gigantesco em termos de desenvolvimento humano, proporcionando benefícios a nível da saúde pública, da educação e do crescimento económico. Por que será, então, que estas oportunidades têm vindo a ser tão desperdiçadas?

Em parte, devido à fraca tomada de consciência da gravidade do problema, e por outro lado, por culpa do esforço insuficiente desenvolvido pelos governos nacionais e pela comunidade internacional para acabarem com a pobreza e as desigualdades que perpetuam a crise. Contrastando com algumas outras ameaças globais ao desenvolvimento humano — tais como o VIH/SIDA — a crise da água e do saneamento básico é sobretudo uma crise dos pobres em geral e das mulheres em particular, dois eleitorados com fraco poder reivindicativo na definição das prioridades nacionais. A água e o saneamento também são os parentes pobres da cooperação para o desenvolvimento internacional. A mesma comunidade internacional que se mobilizou de forma impressionante, para preparar a resposta a uma potencial ameaça resultante da epidemia de gripe das aves, finge não ver a epidemia real que aflige todos os dias centenas de milhões de pessoas.

A crise da água e do saneamento básico com que se defrontam as famílias carenciadas no mundo em desenvolvimento encontra paralelo com os primórdios da história dos países ricos da actualidade. Poucas pessoas no mundo industrial são capazes de reflectir acerca da enorme importância que a água potável e o saneamento básico tiveram na evolução

O mundo dispõe da tecnologia, dos meios financeiros e da capacidade humana para acabar de vez com a praga da insegurança da água na vida de milhões de seres humanos

da história dos seus países ou nas suas próprias oportunidades de vida. Ainda não há muitas gerações que os habitantes de Londres, Nova Iorque e Paris enfrentaram ameaças de insegurança no abastecimento de água idênticas às que hoje se vivem em Lagos, em Bombaim ou no Rio de Janeiro. Águas poluídas com detritos de toda a espécie mataram crianças, originaram crises sanitárias, minaram o crescimento económico e mantiveram os povos na pobreza. As novas tecnologias e os dinheiros públicos tornaram possível o acesso universal à água potável. Mas a principal mudança foi de cariz político. Reformistas sociais, médicos, líderes autárquicos e industriais formaram coligações poderosas que fizeram subir o tema da água e do saneamento básico ao topo da agenda política. Eles forçaram os governos a admitir que a cura das doenças provocadas pela água imprópria para consumo era ineficaz e ruinoso: a prevenção através do acesso à água potável e ao saneamento básico constituía a melhor opção.

No início do século XXI, o mundo tem oportunidade de dar mais um passo em frente em termos de desenvolvimento humano. A crise mundial no

sector da água e do saneamento básico poderá ser relegada para a história no espaço de uma geração. O mundo dispõe da tecnologia, dos meios financeiros e da capacidade humana para acabar de vez com a praga da insegurança da água na vida de milhões de seres humanos. O que falta é a vontade política e a visão necessárias para aplicar estes recursos em prol do bem comum. O progresso dos países ricos foi possível graças a um novo contrato social entre governos e população — um contrato baseado na ideia da cidadania comum e no reconhecimento das responsabilidades governamentais. O mundo pode estar hoje diferente. Mas agora, tal como outrora, o progresso continua a depender da criação de parcerias e de liderança política. O ponto fulcral reside nas políticas nacionais, porque sem políticas nacionais firmes não se consegue alcançar um progresso sustentável. O desafio que se coloca hoje aos governos dos países desenvolvidos é desenvolverem um esforço nacional credível junto dos países em desenvolvimento, através de um grande esforço de ajuda apoiado num plano de acção global para o sector da água e do saneamento básico.

Lições da história

Ao longo de quase toda a História da Humanidade, a vida tem-se mostrado coincidente com a descrição de Thomas Hobbes, que a classificou como «deplorável, brutal e curta». A esperança de vida à nascença para os nossos antepassados caçadores era de, aproximadamente, 25 anos, e na Europa da década de 20 de 1800, ainda andava pelos 40 anos. A partir de finais do século XIX, este quadro começou a mudar de forma dramática para aquela parcela afortunada da Humanidade que vive nos actuais países ricos.¹ O aparecimento de novos medicamentos, uma alimentação cuidada, melhores condições de habitação e salários mais elevados contribuíram para esse facto. Mas um dos factores que mais contribuíram para essa mudança foi a separação entre as águas para consumo e os excrementos humanos.

No que diz respeito à água e ao saneamento básico, os países tendem a ter memória curta. Hoje em dia, os habitantes das cidades da Europa e dos Estados Unidos vivem sem o medo de contraírem doenças infecto-contagiosas transmitidas pela água. Mas no limiar do século XX, a situação era bem diferente. A grande expansão da riqueza que se seguiu à industrialização originou um aumento dos salários, mas a

evolução nos indicadores mais importantes como a esperança de vida, a sobrevivência infantil e a saúde pública ficaram muito aquém. A razão: as cidades proporcionaram aos seus habitantes maiores oportunidades de acumular riqueza, mas também os expuseram ao risco das águas contaminadas pelos excrementos humanos. A crua realidade da água imprópria para consumo veio acabar com a relação que se estabelecera entre o crescimento económico e o desenvolvimento humano. Só depois de a revolução no sector da água e do saneamento básico ter restaurado essa ligação é que a criação de riqueza e o bem-estar humano começaram a caminhar de mãos dadas (caixa 1.1).

Aquela revolução foi o prenúncio de avanços sem precedentes na esperança de vida e na taxa de sobrevivência infantil — e uma melhor saúde pública fomentaria o progresso económico. À medida que as pessoas se foram tornando mais saudáveis e ricas graças ao abastecimento de água potável e ao saneamento básico, começou a despontar um poderoso ciclo de crescimento económico e desenvolvimento humano. Mas as receitas crescentes geradas pelo investimento em redes de água potável também

«O Parlamento viu-se praticamente obrigado a aprovar legislação para pôr fim aos protestos dos londrinos contra o mau cheiro.» O *Times* de Londres comentava, nestes termos, um episódio que ficou conhecido como o «Grande Fedor». O fedor a esgoto que emanava do rio Tamisa, naquele longo Verão escaldante de 1858, era de tal modo insuportável que a «casa-mãe dos parlamentares» se viu forçada a fechar temporariamente as portas. Mas os problemas eram ainda mais sérios fora das paredes do Parlamento.

À medida que a industrialização e a urbanização avançavam no século XIX, cidades em rápido crescimento como Birmingham, Londres e Manchester tornaram-se pólos de doenças infecto-contagiosas. Os esgotos transbordavam e derramavam através das fossas, em número limitado, em direcção aos bairros carenciados e, por último, para os rios como o Tamisa, que era a fonte de água potável da cidade.

As narinas dos parlamentares sentiam-se incomodadas — enquanto os pobres morriam. No final da década de 90 de 1800, a taxa de mortalidade infantil na Grã-Bretanha era de 160 óbitos por cada mil nascimentos (figura 1) — sensivelmente o equivalente à actual Nigéria. As crianças morriam principalmente de diarreia e disenteria. Morriam pelas mesmas razões que ainda hoje levam tantas crianças à morte nos países em desenvolvimento: os esgotos não eram separados da água para consumo. Entre as décadas de 40 e 90 de 1800, o salário médio duplicou enquanto a mortalidade infantil aumentou ligeiramente — uma prova evidente do hiato existente entre a criação de riqueza e o desenvolvimento humano.

A crescente tomada de consciência dos custos humanos da vida industrial urbana fez com que a questão da água fosse incluída na agenda política. Em 1834, foi constituído o Gabinete de Registos Gerais, que iria produzir regularmente uma série de dados sobre mortalidade que causaram preocupação na opinião pública. A investigação social tornou-se outra ferramenta poderosa para a reforma. A obra de Edwin Chadwick, *Relatório das Condições Sanitárias da População Trabalhadora da Grã-Bretanha*, um registo da crise amplamente documentado por meio de gráficos, aponta em detalhe as consequências do problema da água e do saneamento. Entre os primeiros factores mencionados incluía-se a água fornecida por empresas privadas a preço proibitivo, as drenagens deficientes e as fossas a transbordar. «A perda anual de vidas humanas resultante da imundice e da falta de ventilação adequada», concluiu Chadwick, «é maior do que as perdas provocadas pelas mortes e ferimentos sofridos em qualquer das guerras em que o país se viu envolvido nos tempos mais recentes» (p. 369). E recomendava: a instalação de uma torneira privativa e de uma latrina ligada a uma fossa para todas as famílias e a responsabilização municipal pelo abastecimento de água potável.

A reforma foi levada a cabo em duas grandes vagas. A primeira concentrou-se na questão da água e teve início na década de 40 de 1800, com a Lei de Saúde Pública (1848) e a Lei das Águas Metropolitanas (1852), que estenderam a rede de abastecimento público de água potável. A descoberta de John Snow, em 1854, de que a cólera — o maior surto epidémico de sempre — era uma infecção transmitida pela água e que a sua disseminação poderia ser detida através do acesso a fontes de água descontaminadas veio reforçar essas medidas. Por volta de 1880, os municípios já tinham substituído os operadores de água privados como principais fornecedores de água às vilas e cidades.

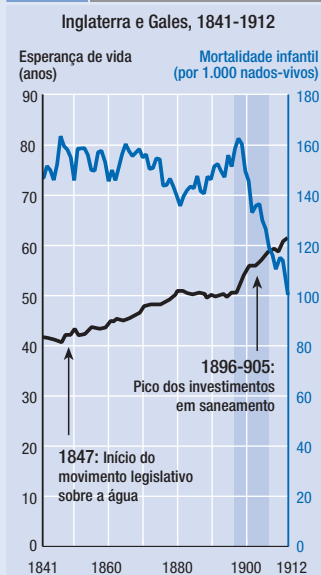
A segunda grande vaga de reformas caracterizou-se pela mudança da área de intervenção pública, da água para o saneamento básico. Esta vaga ganhou ímpeto depois de 1880. E isso reflectiu-

se num acréscimo de investimento público. Entre meados das décadas de 80 e 90 de 1800, a verba despendida per capita em saneamento básico mais do que duplicou a preços constantes. E voltaria a duplicar na década seguinte.

O fosso existente entre a rede de abastecimento de água e a rede de saneamento básico efectivo constituía um verdadeiro desastre em termos de saúde pública. Ruas e rios foram-se tornando seriamente poluídos sob a carga crescente de excrementos flutuantes. A incidência de doenças como a cólera e a febre tifóide decresceu, mas o número de mortes devido a doenças gastrointestinais — em particular a diarreia infantil — permaneceu elevado. O resultado da primeira fase desta intervenção irracional do governo local saldou-se por uma tendência crescente da incidência de doenças transmitidas pela água.

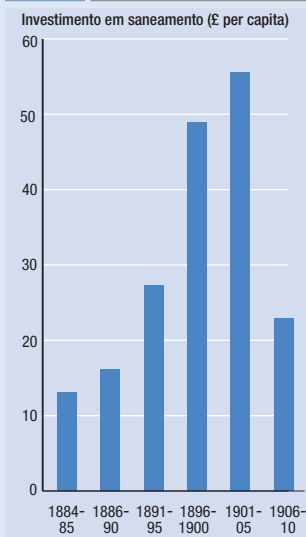
As estatísticas relativas à esperança de vida e à mortalidade infantil ilustram bem o problema (ver figura). A partir de 1840, a esperança de vida começou a aumentar, em parte devido à primeira vaga de reformas no sector da água. Contudo, esta tendência voltou a estabilizar abruptamente em finais da década de 70 de 1800, quando as grandes reformas de saneamento básico entraram em cena, é que foi retomada a tendência ascendente, resultante de uma redução acentuada da mortalidade infantil. Os créditos não cabem apenas às reformas no saneamento básico. Mas a coincidência no tempo entre o auge do investimento sanitário e o começo de um declínio geral da mortalidade infantil sugere a existência de uma relação de causa e efeito. No espaço de pouco mais de uma década a seguir a 1900, a taxa de mortalidade infantil caiu de 160 para 100 óbitos por cada 1.000 nascimentos para 100 — uma das quedas mais acentuadas de toda a história.

Figura 1 A mortalidade infantil desce...



Fonte: University of California, Berkeley, e MPIDR 2006.

Figura 2 ...à medida que o saneamento básico melhora



Fonte: Bell e Millward 1998.

(continua na pág. seguinte)

O agente catalisador disto foi o investimento público no sector do saneamento básico, e não o crescimento dos rendimentos privados. Os salários subiram, em média, uns escassos 6% entre 1900 e 1912.

As novas formas de financiamento desempenharam um papel crucial na segunda vaga de reformas. As pressões políticas crescentes para que os governos actuassem tiveram como consequência a procura de novos mecanismos fiscais para enfrentar um problema comum aos países em desenvolvimento de hoje: como custear as grandes despesas iniciais partindo de uma receita-base limitada e sem ter de aumentar os impostos e taxas a níveis politicamente impraticáveis. Os governos desenvolveram soluções inovadoras. As cidades obtiveram crédito do governo central a juros baixos através de pedidos de empréstimo municipais junto de mercados obrigacionistas. A água e o saneamento básico foram responsáveis por cerca de um quarto da dívida de governos locais em finais do século XIX.

Esta enorme mobilização de dinheiros públicos reflectia a nova posição assumida pelo sector da água e do saneamento nas prioridades políticas. A reforma do saneamento básico transformou-se na pedra de toque dos reformadores sociais, líderes autárquicos e organismos de saúde pública, que enca-

ravam cada vez mais o saneamento básico deficiente como um constrangimento não só para o progresso dos homens como para a prosperidade da economia. A voz da sociedade civil desempenhou um papel chave na implementação da reforma do saneamento básico que tornou possível a melhoria da saúde pública.

Mas porquê este intervalo entre as duas grandes vagas da reforma? Um dos maiores parceiros da coligação reformista na primeira vaga foi o sector dos industriais que pretendiam ter água nas fábricas, mas mostravam-se relutantes em pagar mais impostos para custear a expansão da rede de saneamento até aos bairros degradados. Segmentos da sociedade politicamente fortes continuavam mais interessados em se protegerem a si próprios dos efeitos nocivos do saneamento deficiente que atingia os mais carenciados, do que em promoverem uma rede de abastecimento universal. Só depois da reforma eleitoral que alargou os direitos de voto às classes mais carenciadas é que a voz dos pobres começou a fazer-se ouvir.

Estamos a falar de uma história passada no século XIX na Grã-Bretanha, e não no século XXI num mundo em desenvolvimento. Mas existem paralelismos de realçar entre os constrangimentos provocados pelo problema da água e do saneamento

Fonte: Bell e Millward 1998; Szreter 1997; Hassan 1985; Woods, Watterson e Woodward 1988; Bryer 2006.

ajudaram a criar e a aumentar progressivamente as profundas clivagens em termos de riqueza, saúde e oportunidades que caracterizam o mundo de hoje.²

O modo como a insegurança da água estrangulou o crescimento económico e o desenvolvimento humano

No início do século XXI, as doenças infecto-contagiosas transmitidas pela água são coisa do passado nos países ricos, sendo responsáveis por uma percentagem de 1% da mortalidade total. No virar do século XIX, a maior ameaça provinha de doenças como a diarreia, a disenteria e a febre tifóide. Em finais do século XIX, elas eram responsáveis por uma em cada 10 mortes registadas nas cidades dos E.U., sendo as crianças as principais vítimas. As taxas de mortalidade infantil em Detroit, Pittsburg e Washington D.C. ultrapassavam as 180 mortes por cada 1.000 nascimentos — quase o dobro da taxa registada, hoje em dia, na África Subsariana.³ Chicago era a capital da febre tifóide no país, apresentando uma média anual de 20.000 casos. No Reino Unido, meio século após a primeira vaga de reformas na saúde pública, o problema da água também continuava a ser uma potencial ameaça. A taxa de mortalidade infantil em Birmingham e em Liverpool ultrapassava as 160 mortes por cada 1.000 nascimentos, contribuindo a diarreia e a disenteria com mais de

metade desses óbitos.⁴ A elevada taxa de mortalidade infantil funcionou como um travão para o aumento da esperança de vida. Até ao último quartel do século XIX, a esperança de vida quase não aumentara no mundo industrializado. As pessoas estavam a tornar-se mais ricas, mas não mais saudáveis.⁵

Por que será que, numa época de grande generalização do bem-estar material fruto da industrialização, a sobrevivência infantil e a esperança de vida, dois dos mais elementares indicadores de bem-estar do ser humano, não registaram progressos? Em parte porque a industrialização e a urbanização atiraram a população rural migrante carenciada para os bairros degradados da periferia das cidades, onde não havia infra-estruturas de abastecimento de água nem esgotos — um cenário ainda hoje bem visível em muitos dos países mais pobres do mundo. Ao mesmo tempo que as cidades ofereciam emprego e salários mais elevados, também iam aumentando a exposição dos seus habitantes a agentes patogénicos letais transmitidos através das descargas de fossas, esgotos e drenagens.⁶

Quase todas as grandes cidades se confrontaram com este problema. Em finais do século XIX, um relatório de saúde pública publicado em Paris lastimava que os bairros pobres da cidade se tivessem transformado num «esgoto a céu aberto», constituindo uma ameaça quotidiana para a saúde e a vida dos habitantes.⁷ A crise sanitária de Chicago surgiu porque a cidade utilizava o lago Michigan como fonte de abastecimento de água e, simulta-

neamente, meio de eliminação de resíduos. Este sistema funcionou até à expansão populacional registada após a Guerra Civil, quando a cidade passou a beber as suas próprias águas residuais, com efeitos desastrosos: 12% da população sucumbiu a doenças transmissíveis pela água em meados da década de 80 de 1800. Epidemias de tifoide e de cólera assolaram regularmente cidades como Nova Orleães e Nova Iorque.⁸ Em parte para combater as doenças, Londres e Paris já tinham construído redes de esgotos antes de 1850. Mas os esgotos escoavam para o Tamisa e para o Sena, fazendo com que os rios ficassem putrefactos — no caso do Tamisa, a tal ponto que, no Verão escaldante de 1858, o Parlamento viu-se forçado a encerrar temporariamente na sequência de um episódio que ficou conhecido como o «Grande Fedor».⁹

O problema da água e do saneamento interrompeu — e atrasou o progresso

O progresso no sector da água e do saneamento foi dinamizado pelos avanços no conhecimento científico, na tecnologia e, sobretudo, por coligações políticas que reuniam industriais, municípios e reformadores sociais. Contudo, os avanços foram graduais, sendo que o abastecimento de água excedeu rapidamente o desenvolvimento de esgotos e sistemas de drenagem necessários para a gestão de águas residuais. Resultado: registou-se um aumento na transmissão de doenças (ver caixa 1.1).¹⁰

Perto do final do século XIX, os governos agiram no sentido de acabar com a separação entre a água para consumo e as redes de saneamento. Na Grã-Bretanha, o investimento público financiou uma ampliação do sistema de esgotos. A esperança de vida aumentou, nas quatro décadas posteriores a 1880, uns surpreendentes 15 anos, tendo a redução dos óbitos infantis contribuído para a dimensão desta melhoria. Nos Estados Unidos, o Conselho de Saúde de Nova Iorque, um organismo municipal criado em 1866, recebeu a incumbência de acabar com os surtos de cólera e de outras doenças epidémicas que afligiam a cidade. A sua constituição assinalou o reconhecimento de que as doenças associadas à água e ao saneamento não podiam ser confinadas às zonas carenciadas da cidade — e de que eram necessárias medidas governamentais que se sobrepujassem aos interesses privados.¹¹ O exemplo seria seguido noutros locais, tendo as autarquias assumido o controlo do abastecimento de água e introduzido sistemas de depuração e clorinação.¹² Segundo uma estimativa, a depuração de água explicará, por si só, uma redução para metade da mortalidade nos Estados Unidos, no primeiro terço do século XX (caixa 1.2).¹³ Nenhum outro período da história dos EUA testemunhou tão rápido decréscimo nas taxas de mortalidade. Por volta de 1820, quase todas as grandes cidades do mundo industrial actual procediam ao tratamento de águas. No espaço de mais uma década, a maioria tinha construído grandes estações de tratamento de esgotos que recolhiam, tratavam e vazavam os detritos humanos para zonas onde não poderiam contaminar a água destinada ao consumo.¹⁴

O progresso no domínio da água e do saneamento foi motivado por avanços nos conhecimentos científicos, na tecnologia, e — acima de tudo — por coligações políticas que iniram industriais, municípios e reformadores sociais

1

Por fim à crise no sector da água e do saneamento básico

A actual crise mundial no sector da água e do saneamento

Os debates sobre a globalização centram-se, invariavelmente, na enorme discrepância que separa os países ricos dos países pobres. Esta discrepância é manifestamente visível (ver *O estado do desenvolvimento humano*). Presta-se menor atenção a outro tipo de desigualdades que determinam o grau de prosperidade dos países e o nível de bem-estar dos seus cidadãos. A questão fulcral reside no conjunto de outras carências globais que separam quem tem, de quem não tem acesso à água e ao saneamento básico.

Mundo rico, mundo pobre

Para quem reside nos países ricos, é difícil imaginar as repercussões da insegurança da água nos países em desenvolvimento. As preocupações resultantes da crise da água dão periodicamente origem a manchetes na comunicação social. A descida do nível das águas nos reservatórios, os rios a secarem, as restrições ao uso de mangueiras de rega e os apelos dos governos para que se consuma menos água estão a tornar-se cada vez mais frequentes em algumas zonas da Europa. Nos Estados Unidos, a gestão da

Pensamos ser nosso dever afirmar que a venda de água a preços elevados não serve os interesses da saúde pública. O abastecimento de água limpa em abundância, a um preço acessível a todas as bolsas, constitui uma das medidas mais importantes para a promoção da saúde de qualquer comunidade. É por este motivo que acreditamos sinceramente nas vantagens da posse da água por parte dos municípios

Conselho de Saúde da Carolina do Norte, 1898

Há cem anos atrás, as pessoas que residiam em Chicago, Detroit e Nova Iorque, teriam compreendido que as cidades dos países mais pobres enfrentem hoje problemas de saúde pública — e compreenderiam, graças à sua amarga experiência, a importância do acesso à água potável.

No início do século XX, as doenças infecto-contagiosas foram responsáveis por 44% da mortalidade nas cidades dos EUA. Doenças transmissíveis através da água como a febre tifóide, a cólera e a diarreia contavam-se entre as maiores assassinas, contribuindo para uma quarta parte das mortes provocadas por doenças infecto-contagiosas. Apenas a tuberculose era responsável por um maior número de óbitos.

Dois problemas, ambos familiares aos actuais habitantes dos bairros degradados de Lagos, Manila ou Nairobi, impediram avanços no domínio da saúde humana. Em primeiro lugar, as redes de abastecimento de água tinham sido melhoradas pelos fornecedores privados, mas as famílias mais carenciadas não tinham dinheiro para mandar fazer ligações. A declaração supracitada proferida pelo Conselho de Saúde da Carolina do Norte reflecte a preocupação crescente sentida pelos organismos de saúde pública da época. Em segundo lugar, os sistemas primitivos de abastecimento de água públicos e municipais acusavam um outro problema. Grandes quantidades de excrementos humanos e de detritos de rua eram arrastados pela água para dentro dos sistemas de drenagem e de esgotos sobrecarregados, que por sua vez voltavam a descarregá-los para a rede pública de abastecimento de água.

Embora todos os sectores da sociedade fossem afectados, alguns eram-no mais do que outros. Impossibilitadas de custear ligações de água canalizada ou comprar água engarrafada, as famílias carenciadas ficavam dependentes dos poços e das reservas de água à superfície. Essas pessoas também eram vítimas de alguns dos mais graves problemas de drenagem. A desigualdade no acesso à água potável exacerbava as desigualdades na saúde. A percentagem de

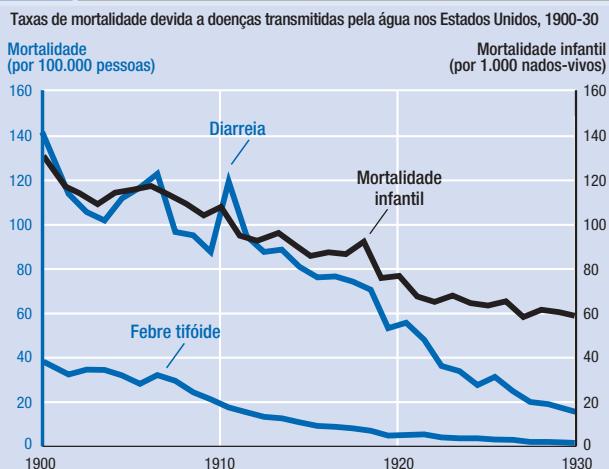
óbitos por febre tifóide registada entre os americanos de origem africana que residiam em cidades como Nova Orleães era cerca do dobro da dos brancos.

Que terá estado na origem dos avanços registados no controlo das doenças infecto-contagiosas? O principal factor foi a municipalização da água (figura 1). A partir de 1900, as vereações começaram a substituir gradualmente os fornecedores privados. Em Nova Orleães, que municipalizou a água em 1908, os fornecedores públicos alargaram a rede e baixaram os preços em 25% relativamente aos valores cobrados pelos privados. Na década anterior a 1915, o sistema de abastecimento de água, medido em quilómetros de condutas, cresceu 4,5 vezes mais, tendo-se concentrado esta expansão em algumas das zonas mais carenciadas.

A tomada de medidas destinadas a proteger as pessoas das bactérias nocivas presentes na água constituiu mais um aspecto da revolução municipal empreendida. Os projectos de construção de infra-estruturas assumiram grande importância. A cidade de Jersey deixou de recorrer ao rio Passig para procurar água potável numa zona mais acima. Chicago construiu canais de drenagem para transportar os resíduos mais para abaixo, nos rios Illinois e Mississipi, em vez de os descarregar ali ao lado, no lago Michigan, fonte de abastecimento de água da cidade. E Cleveland prolongou por mais 6 quilómetros o seu sistema de captação de águas, até ao lago Erie. Mas o factor chave consistiu na introdução dos sistemas de filtração e cloração da água, conforme ilustrado por Cincinnati (figura 2) e Detroit. Entre 1880 e 1940, a percentagem de população dos EUA que utilizava água tratada subiu de 1% para mais de 50%.

As reformas realizadas no sector da água contribuíram para progressos ainda maiores no domínio da saúde pública. Nas quatro décadas que se seguiram a 1900, a esperança de vida à nascença aumentou 16 anos, as taxas de mortalidade infantil baixaram acentuadamente e a febre tifóide foi virtualmente erradicada. Nenhum outro período da história dos EUA testemunhou uma redução tão rápida das taxas de mortalidade. Segundo uma estimativa, os sistemas de abastecimento e depuração de água explicam quase metade desta descida da mortalidade. Cada uma das vidas poupadas desta forma custou 500 dólares (a preços de 2002). Mas cada dólar gasto representa 23 dólares ganhos com o aumento da produtividade e a redução das despesas de saúde. No início do século XX, o montante investido pelos EUA nos sistemas de água e saneamento foi bem recompensado — tal como o poderá vir a ser nos actuais países em desenvolvimento.

Figura 1 A municipalização da água fez baixar os preços, melhorou a qualidade e salvou vidas



Fonte: Cutler e Miller 2005; Cain e Rotella 2001; Troesken 2001; Blake 1956.

Figura 2 A água potável reduziu as mortes por tifóide

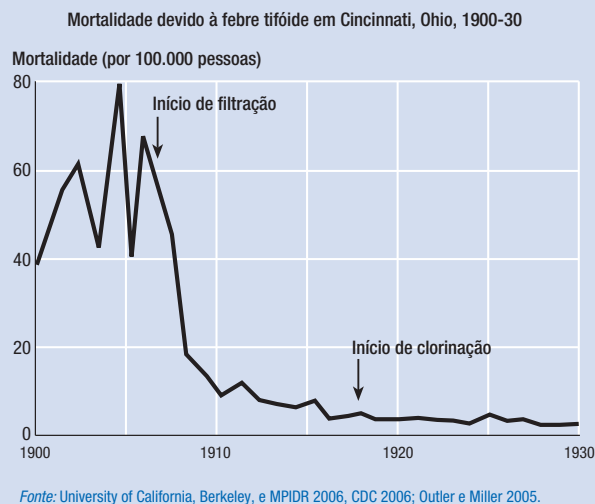
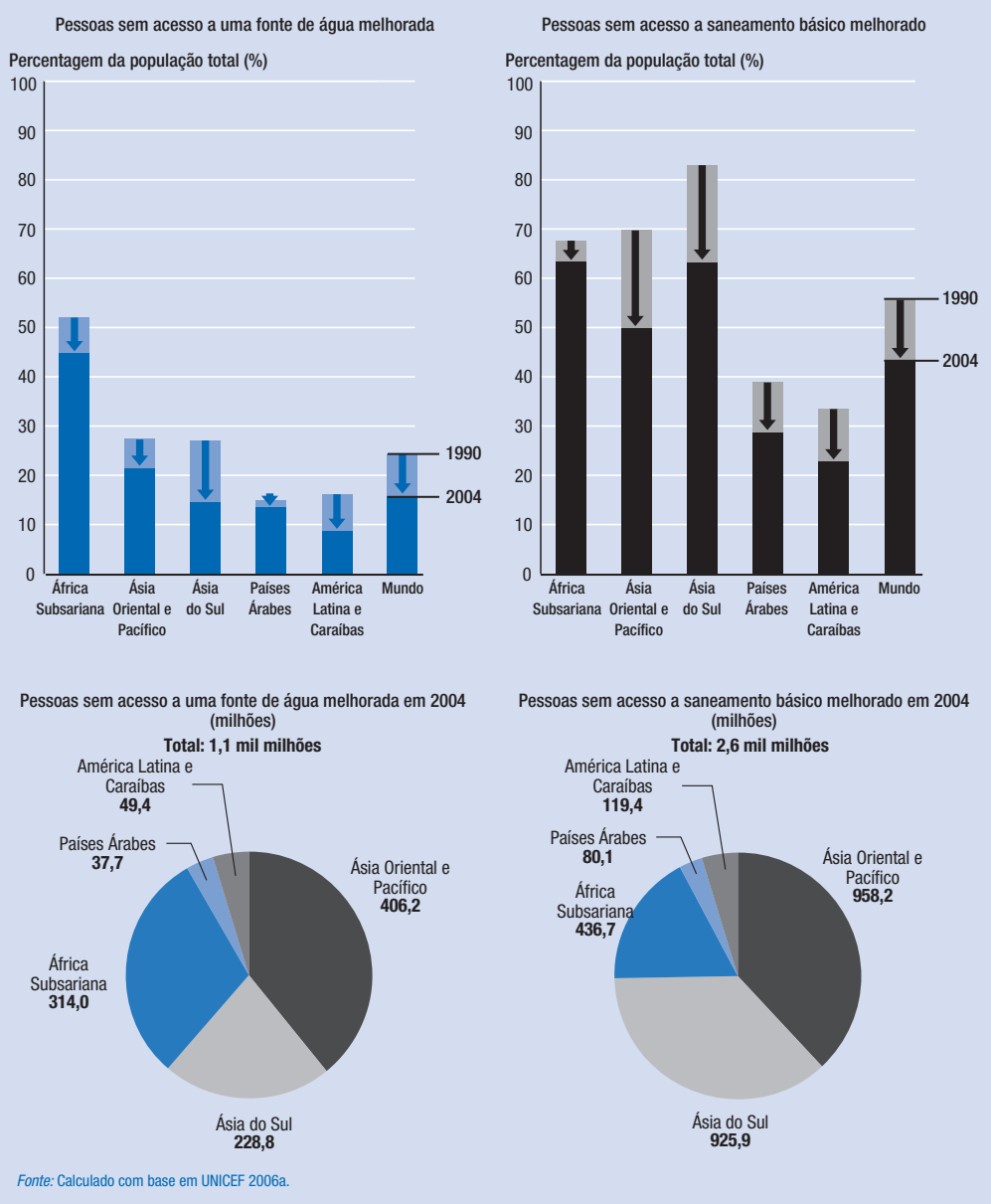


Figura 1.1 Redução lenta: o défice global de água e saneamento básico



escassez dos recursos hídricos desde há muito que faz parte das preocupações da política governamental em Estados como o Arizona ou a Califórnia. Mas quase todos os habitantes do mundo desenvolvido têm acesso a água segura com um simples girar da torneira. O acesso a sistemas de saneamento básico privado e a instalações sanitárias é universal. Praticamente ninguém morre por falta de água potável ou saneamento — e as raparigas não são obrigadas a faltar à escola para irem buscar água para consumo da família.

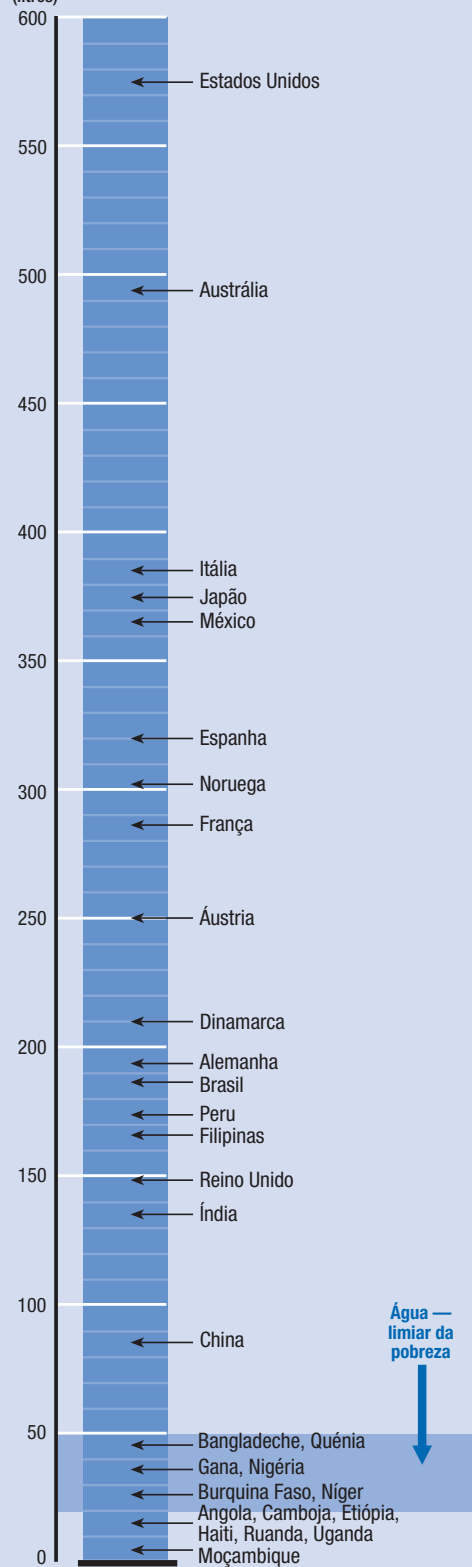
Agora comparemos esta situação com o que se passa nas zonas em desenvolvimento. Tal como sucede noutras vertentes do desenvolvimento humano,

têm-se registado progressos no sector da água e do saneamento (figura 1.1). E no entanto, no início do século XXI, uma em cada cinco pessoas residentes em países em desenvolvimento — cerca de 1,1 mil milhões de pessoas no total — não tem acesso a água potável. Cerca de 2,6 mil milhões de pessoas, quase metade da população total dos países em desenvolvimento, não têm acesso a saneamento básico em condições. Qual o verdadeiro significado destes números impressionantes?

Em aspectos importantes, eles escondem a realidade experimentada diariamente pelas pessoas por detrás das estatísticas. Essa realidade significa que as pessoas são obrigadas a defecarem em valas, sacos

Figura 1.2 Mundos separados: a discrepância da água a nível mundial

Utilização média da água por pessoa e por dia, 1998-2002 (litros)



a. OFWAT 2001.
Fonte: FAO 2006.

de plástico ou nas bermas das estradas. «Não ter acesso a água potável» é um eufemismo que oculta outras carências profundas. Significa que há pessoas que vivem a mais de 1 quilómetro da fonte de água potável mais próxima e que são obrigadas a extrair água de valas, regos ou riachos que podem estar contaminados com agentes patogénicos e bactérias que podem provocar doenças graves e até a morte. Na África Subsariana rural, milhões de pessoas partilham as suas fontes de água doméstica com animais ou dependem de poços descobertos que constituem caldos de cultura de agentes patogénicos. E o problema não se restringe aos países mais pobres. No Tajiquistão, quase um terço da população abastece-se de água proveniente de canais e valas de irrigação, com risco de exposição a descargas agrícolas poluídas.¹⁵ O problema não está em as pessoas não terem consciência do perigo que correm — é que não existe alternativa. Paralelamente aos riscos para a saúde, o acesso a água imprópria para consumo significa que as mulheres e as raparigas perdem horas a ir buscar água e a carregá-la até casa.

Uma simples comparação entre países ricos e países pobres basta para sublinhar as desigualdades mundiais (figura 1.2). O consumo médio de água varia entre 200-300 litros por dia e por pessoa na maioria dos países da Europa, e os 575 nos Estados Unidos. Os habitantes de Phoenix, no Arizona, uma cidade situada no deserto onde existem alguns dos mais verdejantes relevos dos Estados Unidos, consomem mais de 1.000 litros por dia. Pelo contrário, o consumo médio em países como Moçambique é inferior a 10 litros. As médias nacionais escondem, inevitavelmente, variações muito grandes. As pessoas privadas do acesso a água melhorada nos países em desenvolvimento consomem muito menos, em parte porque são obrigados a transportá-la ao longo de enormes distâncias, e a água é pesada. Os 100 litros diários apontados pelas normas internacionais como consumo mínimo para uma família de cinco pessoas pesam 100 quilos — um fardo demasiado grande para carregar durante duas ou três horas, sobretudo por raparigas. Outro problema reside no facto de as famílias carenciadas muitas vezes não terem meios para pagar mais do que uma pequena porção de água comprada nos mercados informais — um assunto a que voltaremos mais adiante.

Qual será o princípio básico para um abastecimento de água condigno? É difícil estabelecermos uma relação entre o acesso à água e a pobreza por causa das variações relacionadas com o clima — as pessoas das zonas áridas do Norte do Quênia precisam de beber mais água do que os habitantes de Londres ou de Paris —, das condições sazonais, e das características de cada família, entre outros factores. As normas internacionais definidas por organismos como a Organização Mundial de Saúde

(OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) sugerem um requisito mínimo de 20 litros por dia proveniente de uma fonte situada até 1 quilómetro do lar. Esta quantidade é considerada suficiente para beber e garantir a higiene pessoal da família. Abaixo deste nível, considera-se que as pessoas estão limitadas na sua capacidade de manter o bem-estar físico e a dignidade inerente à higiene pessoal. Se atendermos a outros factores tais como tomar banho ou lavar a roupa, as necessidades fariam aumentar o requisito mínimo por pessoa para cerca de 50 litros diários.

Largas faixas da humanidade situam-se abaixo do limiar das necessidades básicas no que diz respeito ao acesso à água, quer permanente quer intermitente. Para cerca de 1,1 mil milhões de pessoas que residem a mais de 1 quilómetro de uma fonte de água, o consumo é frequentemente inferior a 5 litros diários de água imprópria para consumo.¹⁶ Se quisermos ser mais concretos, os requisitos mínimos para uma mulher que esteja a amamentar e que desenvolva uma actividade física moderada é de 7,5 litros por dia. Por outras palavras, uma em cada cinco pessoas no mundo em desenvolvimento tem falta de acesso a suficiente água para garantir até mesmo os requisitos básicos para o bem-estar e o desenvolvimento infantil. Os problemas são particularmente graves nas zonas rurais. No Uganda, o consumo médio nas zonas rurais varia entre os 12 e os 14 litros por dia.¹⁷ O consumo na estação seca diminui acentuadamente, na medida em que a distância das fontes de água também aumenta. Nas regiões áridas da Índia Ocidental, do Sael e da África Oriental, as disponibilidades de água durante a estação seca podem descer muito abaixo dos 5 litros por dia. Mas as pessoas que vivem nas zonas urbanas também enfrentam situações de grande escassez. O consumo de água pode registar uma média de 5-10 litros nas pequenas cidades do Burquina Faso e de 8 litros por dia em aglomerações espontâneas de Chennai, na Índia.¹⁸

Para além deste 1,1 mil milhões de pessoas que experimentam diariamente enormes carências, existe uma população muito mais vasta que também enfrenta privações. Para os que têm acesso a uma fonte de água a menos de 1 quilómetro de casa, mas mesmo assim ainda distante, a média de consumo situa-se normalmente nos 20 litros por dia. Um estudo da OMS/UNICEF realizado em 2001, estimou que cerca de 1,8 mil milhões de pessoas se encontravam nesta situação.¹⁹

Sem pretendermos minimizar a gravidade daquilo que se considera escassez de água nos países ricos, os contrastes são gritantes. No Reino Unido, as pessoas consomem, em média, mais de 50 litros de água por dia só por puxarem o autoclismo quando usam os sanitários — ou seja, mais de dez vezes o total de água disponível para as pessoas que não têm

acesso a uma fonte de água melhorada na maioria das zonas rurais da África Subsariana. Um americano consome, a tomar um simples duche de cinco minutos, mais água do que consome, num dia inteiro, um residente-tipo de um bairro degradado situado num país em desenvolvimento. Sem dúvida que as restrições ao uso de aspersores de rega de jardim e de mangueiras causam incómodo às famílias dos países ricos. Mas os países não têm falta de água para manter os filhos aseados, garantirem os padrões elementares de higiene que previnem as doenças mortais ou para manterem a sua saúde e dignidade.

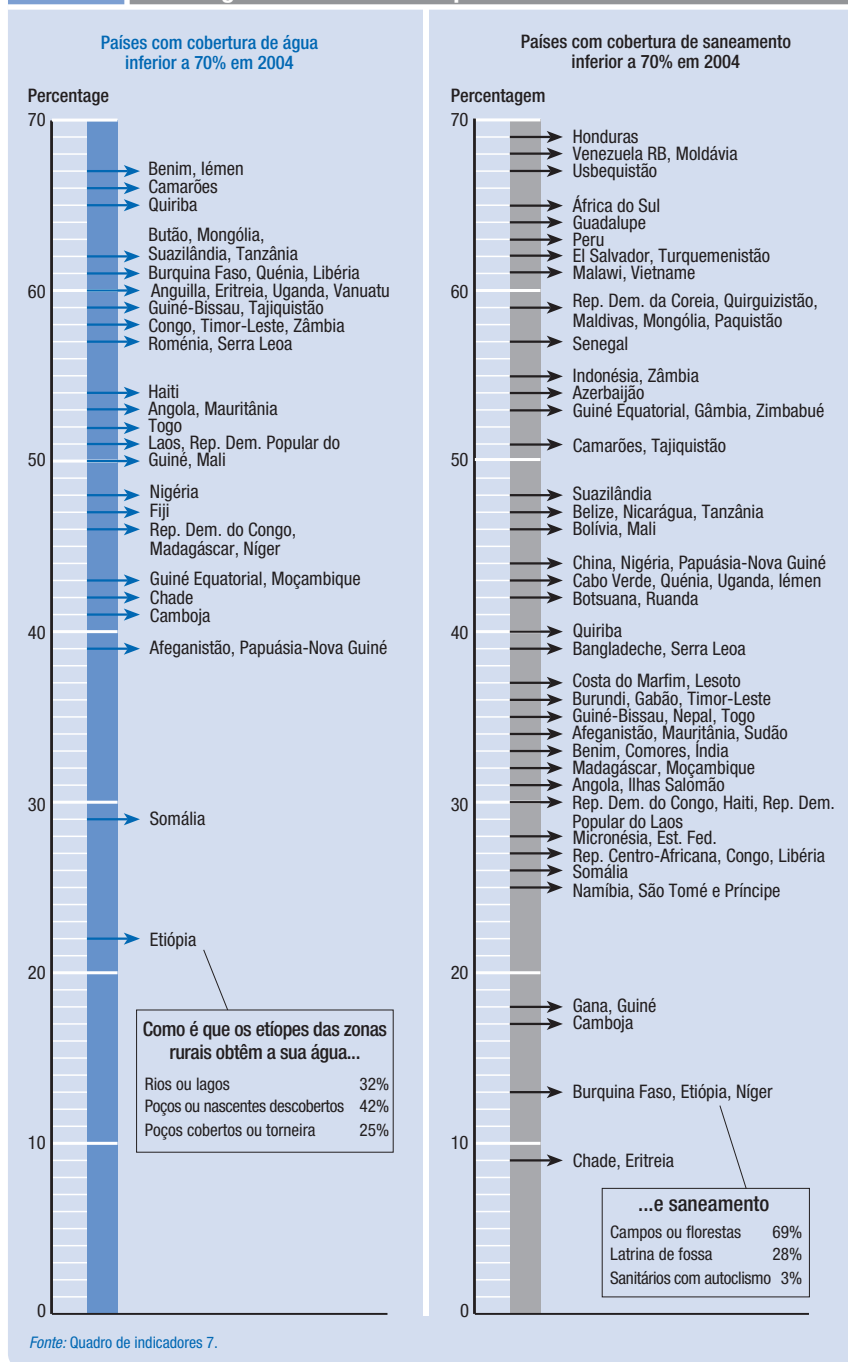
Claro está que o consumo de água nos países ricos não diminui os recursos hídricos disponíveis nos países pobres. O consumo global não funciona como uma conta de somar ou subtrair em que um país fica com menos quando outro gasta mais. Mas estas comparações servem para realçar as disparidades existentes no acesso a água potável — e à água mineral engarrafada em particular.²⁰ Os 25 mil milhões de litros de água mineral consumidos anualmente pelas famílias dos EUA ultrapassam o consumo total de água potável de 2,7 milhões de pessoas no Senegal que não têm acesso a uma fonte de água tratada. E os alemães e os italianos consomem, entre si, água mineral em quantidade suficiente para cobrir as necessidades básicas de mais de 3 milhões de pessoas no Burquina Faso para cozinhar, lavar e outras tarefas domésticas. Enquanto uma parte do mundo sustenta um mercado de *designers* de garrafas de água que não trazem qualquer benefício tangível para a saúde, outra parte enfrenta graves riscos de saúde pública porque as pessoas são obrigadas a beber água de valas ou de lagos e rios partilhados com os animais e contaminados com bactérias nocivas.

A riqueza é importante...

Os valores globais relativos à cobertura de água e saneamento ocultam as grandes diferenças que existem entre as diversas regiões. No caso da água, a África Subsariana possui, de longe, as taxas de cobertura mais baixas (55%), embora a maioria da população sem acesso a água potável resida no Sul da Ásia. Relativamente ao saneamento, as carências são ainda mais alargadas. A taxa de cobertura no Sul da Ásia é quase tão baixa como na África Subsariana, onde duas em cada três pessoas dessas regiões não têm acesso. Metade da população no Leste da Ásia e um quarto da população da América Latina não têm acesso ao mais elementar sistema de saneamento básico. Cerca de 40 países em desenvolvimento fornecem água potável a menos de 70% dos seus cidadãos e 54 países fornecem uma rede de saneamento segura a menos de metade (figura 1.3).

Enquanto uma parte do mundo sustenta um mercado de designers de garrafas de água que não trazem qualquer benefício tangível para a saúde, outra parte enfrenta graves riscos de saúde pública porque as pessoas são obrigadas a beber água de valas ou de lagos e rios

Figura 1.3 Muitos países ainda têm um longo caminho a percorrer até atingirem uma cobertura plena



Este rápido relance mostra bem a estrondosa dimensão da crise do acesso à água e ao saneamento básico. Mas também deixa à vista dois problemas mais vastos. O primeiro diz respeito à relação entre o bem-estar material e as redes de abastecimento de água e de saneamento. De modo geral, os níveis de cobertura de água e saneamento aumentam na mesma proporção dos rendimentos: quanto mais rico é o país, maior a cobertura. Esta conclusão não

deve surpreender-nos, já que os serviços têm de ser financiados quer através dos orçamentos familiares quer dos dinheiros públicos. Mais surpreendente é a grande variação nos valores médios.

Muitos países são demonstrativos da relação imperfeita entre a capacidade financeira e a qualidade do fornecimento de água e saneamento. As Filipinas possuem um rendimento médio superior ao Sri Lanka, mas uma menor percentagem de cidadãos com acesso ao saneamento básico. Da mesma forma, a Índia pode superar o Bangladeche enquanto caso de sucesso em termos de crescimento global, mas a situação inverte-se quando a medida para o sucesso passa a ser o saneamento básico: apesar de registar uma receita média superior em cerca de 60%, a Índia possui uma taxa de cobertura de saneamento básico inferior. Podemos constatar falhas semelhantes entre os níveis de riqueza e as redes de abastecimento de água. Apesar de apresentar uma receita média inferior, o Egipto possui níveis mais elevados de acesso à água potável do que a China, e a Tanzânia dispõe de uma maior cobertura do que a Etiópia. No que diz respeito à água e ao saneamento básico, tal como acontece com outras vertentes do desenvolvimento humano, os países divergem bastante quanto ao ritmo a que convertem a riqueza em progressos a nível do desenvolvimento humano — um resultado que evidencia a importância das políticas públicas (figura 1.4).

... e o saneamento vem atrás do acesso à água

O segundo problema realçado pelas estatísticas mundiais consiste na divergência entre as redes de fornecimento de água e de saneamento básico. Em todas as regiões e em quase todos os países, os sistemas de saneamento básico têm ficado bem aquém do abastecimento de água — e não existem sinais de que esta discrepância esteja a diminuir. No Sul da Ásia, o acesso a uma rede de esgotos tratados representa menos de metade do acesso às redes de abastecimento de água. Noutras regiões, o fosso de cobertura varia entre os 29% na Ásia Oriental e os 18% na África Subariana. Estas discrepâncias são relevantes, não só porque o acesso a um sistema de saneamento básico é naturalmente importante, como também porque os benefícios de um acesso à água e ao saneamento melhorados se reforçam mutuamente — um aspecto evidenciado pela Europa e pelos Estados Unidos, no século XIX (ver caixas 1.1 e 1.2). No Egipto, os níveis elevados de poluição provenientes das águas residuais presentes na região do Delta do rio Nilo eliminam os potenciais benefícios que um acesso à água quase universal proporcionaria à saúde pública. As taxas de incidência de diarreia e hepatite A em muitos aglomerados da cintura urbana são de longe superiores ao que seria esperado com base no

nível dos rendimentos, sendo a poluição de águas residuais um factor predominante.²¹ Os países que adiam a sua cobertura do saneamento básico irão confrontar-se com a conseqüente redução dos benefícios do progresso no sector da água.

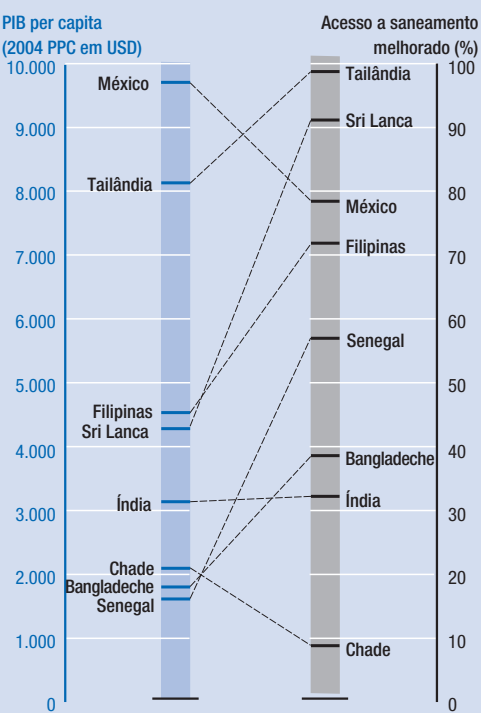
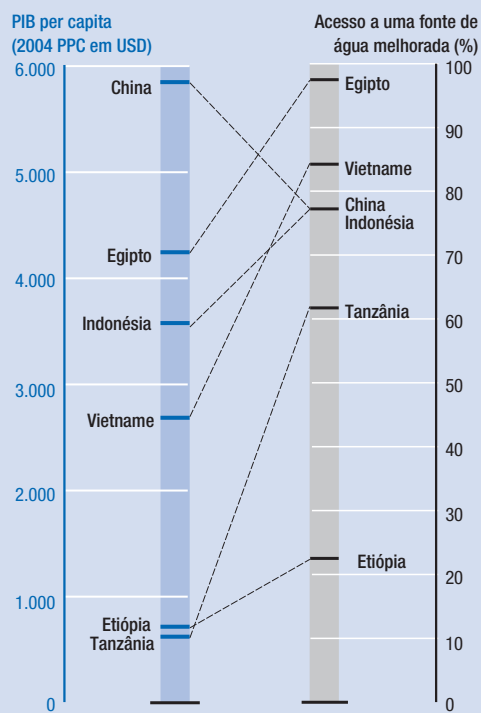
As estatísticas minimizam sistematicamente a dimensão da escassez

As estatísticas mundiais relativas ao sector da água e do saneamento básico são divulgadas através do Programa de Monitorização Conjunta da OMS e da UNICEF. Estes dados apresentam-nos um cenário desolador. Mas a realidade é ainda mais desoladora do que aquilo que as estatísticas mostram. Apesar de a metodologia de recolha de dados ter melhorado, os valores atenuam os problemas por várias razões. Parte do problema assenta no facto de a presença física de uma fonte «melhorada» — como é o caso da latrina de fossas ou fontes públicas — nem sempre ser um indicador rigoroso de melhoria das condições de acesso: as tecnologias podem nem sempre funcionar como deviam. Uma outra dificuldade prende-se com o alcance das estatísticas. No que diz respeito aos inquéritos nacionais, algumas pessoas — nomeadamente as pessoas carenciadas — são só parcialmente contabilizadas pelo facto de residirem em zonas cuja existência não é oficialmente reconhecida pelos governos. A ausência ou a degradação de infra-estruturas também não está devidamente contabilizada nas estatísticas, tal como sucede com a frequente falta de fiabilidade dos serviços de fornecimento de água existentes, e que obriga as populações a apoiarem-se, quase sempre, noutras fontes.

Milhões em falta. Milhões de pessoas carenciadas não figuram nas estatísticas nacionais. Como residem em aglomerados improvisados, não são simplesmente contabilizadas.

- *Bombaim.* Os dados apresentados indicam que Bombaim, a quinta maior cidade do mundo, desfruta de uma cobertura de rede de abastecimento de água segura que abrange mais de 90% da população. Estes números são quase de certeza exagerados. Através de algumas estimativas, verifica-se que quase metade dos 18 milhões de habitantes da cidade residem em *zopadpatti* — literalmente, zonas de cabanas — que surgem assinaladas nos mapas urbanos como zonas cinzentas amorfas agrupadas ao longo das linhas férreas e estendendo-se por riachos e velhos matagais pantanosos. Os habitantes destes locais não figuram nos registos municipais. Uma zona deste tipo é Dharavi, um extenso bairro degradado situado entre o aeroporto internacional e o centro financeiro de

Figura 1.4 Rendimentos e resultados no acesso à água e ao saneamento: o bem-estar financeiro e a eficácia divergem frequentemente



Fonte: Quadros de indicadores 7 e 14.

As condições aqui são terríveis. Vejam com os vossos próprios olhos. Há esgotos por todo o lado. Algumas pessoas possuem latrinas com fossa, mas estas são pouco profundas e transbordam quando chove. A maioria das pessoas usa baldes e sacos de plástico como retretes — e as crianças fazem as necessidades nas ruas e nos quintais. As nossas crianças sofrem permanentemente de diarreia e de outras doenças devido à imundície.

Mary Akinyi, aldeia de Mugomo-ini, Kibera

A menos de 7 quilómetros do Parlamento Queniano, no centro de Nairobi, o aglomerado urbano de Kibera, em franco crescimento, é um dos maiores bairros degradados da África Subsariana. Os seus habitantes experimentam uma das piores situações de falta de água e de saneamento básico no mundo. No entanto, pessoas como Mary Akinyi quase nunca constam das estatísticas.

De acordo com o relatório do governo queniano sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, 93% dos residentes de Nairobi têm acesso a água potável e 99% dispõem de saneamento. Estes números dificilmente colam com as condições de vida em Kibera. Vivem no bairro degradado entre 500.000 e um milhão de pessoas — desconhecem-se os números verdadeiros. Com 2.000 a 3.000 pessoas por hectare quadrado, esta será por certo a área com maior densidade populacional de toda a África Subsariana. Uma família média de três a quatro indivíduos vive numa habitação de uma só divisão, feita de lama, madeira, plástico e chapas de ferro ondulado.

Um simples olhar para as ruas de Kibera levanta questões acerca dos dados apresentados. A alta densidade populacional, a concentração de pessoas e a falta de infra-estruturas criaram um verdadeiro pesadelo no que diz respeito ao acesso à água e ao saneamento básico. Os canais de escoamento nas bermas das estradas estão frequentemente entupidos, as latrinas com fossa transbordam na época das chuvas e as crianças brincam em montes de lixo não recolhido.

Os dados relativos ao fornecimento de serviços não são fiáveis. Menos de 40% dos lares têm acesso a ligações legais à rede de abastecimento de água, geralmente através de uma fonte pública. Entre os que possuem um acesso à rede, cerca de um terço apenas recebe água dia sim, dia não. Cerca de 80% dos lares adquirem toda ou uma parte da água que consomem através de vendedores privados cujos preços rondam os 3,50 dólares por metro cúbico, subindo para quase o dobro na estação seca. Este preço médio é cerca de sete vezes superior àquele que os moradores de bairros ricos pagam pelos serviços fornecidos pela Companhia das Águas e Esgotos de Nairobi — e é também superior aos preços praticados em Londres

ou Nova Iorque. Existem quase 700 quiosques de água disponíveis em bairros degradados, embora as vendas estejam concentradas em quiosques geridos pelos senhorios — um factor que limita a capacidade de protesto público contra algumas práticas injustas.

Os habitantes que dependem dos quiosques gastam, geralmente, cerca de uma hora para recolherem a água, e durante os períodos de seca, chegam a demorar ainda mais. Também gastam com isso uma grande parte dos seus magros rendimentos. Para uma família com dois adultos a receberem o salário mínimo, os gastos médios com a água representam cerca de 20% dos seus rendimentos — um peso tremendo nos orçamentos domésticos.

A cobertura de saneamento básico é ainda mais limitada. Em algumas zonas, uma única latrina chega a ser partilhada por 150 pessoas. Em muitos casos, estas latrinas não oferecem privacidade e segurança e são anti-higiénicas e mal cuidadas, apresentando paredes degradadas e fossas a transbordar. A Câmara Municipal de Nairobi não fornece quaisquer serviços de saneamento básico a Kibera.

Um dos indícios mais marcantes que contrariam os dados relativos à prestação de serviço consiste nos «sanitários voadores». Sem disporem de quaisquer latrinas públicas ou privadas, muitos dos residentes de Kibera defecam para dentro de sacos de plástico que largam em valas ou atiram para a berma da estrada. Duas em cada três pessoas em Kibera indicam os sanitários voadores como tratando-se do principal meio que têm à sua disposição para defecarem. E não é difícil percebermos porquê. No final da década de 1990, numa zona de bairros degradados — Laina Saba — existiam em funcionamento 10 latrinas com fossa para 40.000 pessoas. Tendo em conta as limitações de qualquer estimativa relacionada com os bairros degradados em geral, a cobertura de saneamento em Kibera estará, provavelmente, muito abaixo dos 20%.

A saúde pública fornece-nos mais indícios da situação real que se vive em Kibera, no que respeita ao acesso à água e ao saneamento básico. Os donos dos quiosques oferecem aos habitantes um meio de salvação. No entanto, as torneiras que utilizam para aceder à rede de abastecimento de água estão frequentemente danificadas. Uma das consequências desta situação é o lançamento à água de excrementos e outros detritos que flutuam nas águas residuais. O fornecimento de água de má qualidade e a falta de infra-estruturas para a eliminação de excrementos e de gestão das águas residuais estão directamente associados à alta incidência de diarreia, doenças de pele, febre tifóide e malária. As taxas de mortalidade devido à diarreia são largamente superiores às do resto de Nairobi (ver quadro).

Taxas de mortalidade infantil e de crianças com menos de cinco anos e incidência de diarreia no Quénia

Localidade	Taxa de mortalidade infantil (por cada 1.000 nascimentos)	Taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos (por cada 1.000 nascimentos)	Incidência de diarreia sanguinolenta em crianças com menos de 3 anos nas duas semanas anteriores à entrevista (%)
Quénia (rural e urbano)	74	112	3,0
Rural	76	113	3,1
Nairobi	39	62	3,4
Outros locais urbanos	57	84	1,7
Nairobi, bairros clandestinos	91	151	11,3
Kibera	106	187	9,8
Embakasi	164	254	9,1

Fonte: APHRC 2002.

(continua na pág. seguinte)

Os serviços públicos apresentam um fraco historial no suprimento das necessidades de Kibera. Existem apenas 25 quilómetros de rede de abastecimento de água canalizada, e os bairros degradados recebem substancialmente menos água que outros aglomerados, em parte devido ao desvio da água que os serviços de abastecimento efectuam, para abastecer os bairros ricos durante os períodos de escassez. A Companhia das Águas e Esgotos de Nairobi perde 40% da água fornecida a Kibera devido a fugas e a ligações clandestinas. As receitas obtidas pelos serviços públicos representam menos de um terço do valor facturado, o que indicia graves problemas de gestão. Os habitantes gastam cerca de 5 milhões de dólares por ano em água adquirida em quiosques — dinheiro que poderia ser utilizado no alargamento da rede de abastecimento de água canalizada e no financiamento das ligações nos bairros carenciados.

Porquê uma rede de fornecimento tão limitada? Em parte, como Kibera é um aglomerado «ilegal», as autoridades municipais e os senhorios não se sentem obrigados a fornecer-lhe quaisquer serviços.

Os mercados privados não têm conseguido diminuir os custos e aumentar o abastecimento por diversas razões. Os vendedores declaram terem sido obrigados a pagar subornos a representantes do governo e à companhia de abastecimento da água para poderem efectuar ligações à rede — um custo que transferem para os seus

próprios clientes. Os montantes pagos pelos privados para estabelecerem ligações à rede e criarem condutas de água também são elevados, já que os vendedores não beneficiam das economias de escala. Montar um quiosque tem um custo médio de 1.000 dólares — um investimento que é depois amortizado através da cobrança das tarifas da água.

Um outro factor que inflaciona o preço da água é a interacção entre os quiosques e os serviços públicos de abastecimento. Como os quiosques são considerados empresas comerciais, pagam uma tarifa de quantidade que corresponde ao dobro da tarifa de consumo mínimo por habitação, custos que são depois transferidos para o consumidor.

O desafio que se apresenta em Kibera tem que ver com a necessidade de as autoridades governamentais reconhecerem a dimensão do problema — e trabalharem em conjunto com as comunidades locais para encontrarem soluções. É fundamental que os direitos de propriedade sejam consignados, que os fornecedores do sector privado sejam devidamente regulamentados, que se acabe com os monopólios do sector da água mantidos nas mãos dos senhorios de bairros degradados e que se aumente o orçamento público destinado à recolha e tratamento das águas residuais. Da mesma forma, devem ser tomadas medidas legislativas que obriguem os senhorios a melhorar as condições de fornecimento de água e saneamento básico.

Fonte: Quénia 2005, ONU-HABITAT 2003; WSP-AF 2005c; Collignon e Vézina 2000.

- Bombaim e local de residência de quase um milhão de pessoas. Os moradores dos bairros degradados vivem num ambiente que representa uma ameaça diária para a saúde pública. Calcula-se que exista um sanitário para cada 1.440 pessoas. Na época das chuvas, as ruas, por não terem um sistema de escoamento, transformam-se em canais de água putrefacta que transporta excrementos humanos. Os habitantes de zonas como Dharavi estão dependentes de poços, cisternas ou fontes de fornecimento inseguras quando procuram água para beber. Para além destas zonas, existem os edifícios de arrendamento degradados, ou *chawls*, onde os habitantes improvisam canalizações com canos enferrujados, torneiras defeituosas e cisternas completamente danificadas. Num cenário típico, 15 famílias partilham uma torneira que apenas funciona durante duas horas por dia.²²
 - Jakarta.** As estatísticas nacionais indicam taxas de cobertura de abastecimento de água tratada em mais de 90% das zonas urbanas da Indonésia. No entanto, os inquéritos abrangendo um grande número de residentes clandestinos em Jakarta, uma cidade com mais de 12 milhões de habitantes, concluem que menos de um quarto da população usufrui em pleno de fontes de abastecimento de água tratada. Os restantes dependem de uma variedade de fontes, incluindo rios, lagos e vendedores ambulantes de água. A discrepância: cerca de 7,2 milhões de pessoas.²³
 - Nairobi.** Os dados para esta cidade dão conta de uma cobertura de acesso à água e ao saneamento básico superior a 90%. Este número é difícil de enquadrar na experiência de vida das pessoas mais carenciadas. Em Nairobi, mais de um milhão de pessoas que habitam em bairros degradados ou aglomerados clandestinos — cerca de um terço da população da cidade — dependem de vendedores ambulantes como fonte de abastecimento de água secundária. No que diz respeito ao saneamento básico, o panorama é ainda pior. Os «sanitários voadores» de Kibera — sacos de plástico para onde as pessoas defecam, atirando-os de seguida para a rua — são um testemunho da extensão limitada relativamente à cobertura de saneamento básico em Nairobi, o que também acontece em relação à alta taxa de mortalidade infantil nos bairros degradados (caixa 1.3).
- Saneamento básico e poluição da água.* Em muitos países, o velho problema da separação entre a água para consumo e os esgotos continua a constituir um enorme desafio para as políticas governamentais — e para a saúde pública. O défice de infra-estruturas e a sua degradação estão no centro deste desafio. Na América Latina, a percentagem de excrementos humanos que recebe qualquer tipo de tratamento situa-se abaixo dos 14%: o restante é despejado nos rios e lagos ou abandonado, infiltrando-se no solo e contaminando águas subterrâneas. A China tem um forte historial no alargamento do acesso às redes de

Caixa 1.4 A discrepância entre o abastecimento de água e o saneamento básico nas Filipinas

O actual sistema de sanitários, cujas vantagens foram tão aclamadas, é o pior que alguém poderia algum dia adoptar... Este sistema limita-se a remover todos os excrementos das nossas casas, para entupir com eles os nossos rios, transformando-os em depósitos pútridos que vão apodrecendo à porta dos nossos vizinhos. É um sistema que traz para dentro das nossas casas um inimigo mortífero.

Scientific American, 24 de Julho, 1869

No século XIX, reformistas sociais e engenheiros oriundos da Europa e dos Estados Unidos denunciaram o facto de a generalização de latrinas sem o adequado dispositivo de eliminação de detritos representar uma ameaça para a saúde pública. Manila, a capital das Filipinas, é um exemplo de como este problema ainda não foi resolvido. As taxas de cobertura de saneamento básico foram situadas acima dos 80%, mas este valor esconde um sério desafio à saúde pública.

Desde 1997, ano em que as autoridades municipais privatizaram os serviços de abastecimento de água e a rede de esgotos, tem havido um grande esforço no sentido de alargar o acesso à água potável, tanto na zona Leste da cidade, onde os serviços privatizados oferecem um melhor abastecimento, como na zona Oeste, onde os privados falharam. O saneamento tem merecido muito menos atenção, em parte devido à dimensão das dificuldades de abastecimento e a um passado parco em investimentos neste sector.

A percentagem da população residente na área metropolitana de Manila que possui uma ligação à rede de esgotos não chega aos 4%. As famílias mais abastadas encontraram a solução através da criação das suas próprias estações de saneamento. Os sanitários com autoclismo são largamente usados, ligados a fossas sépticas privadas, servindo frequentemente grandes condomínios. Cerca de 40% das famílias dispõem, hoje, de latrinas em casa, o que conta como factor de melhoria. Calcula-se que haja um milhão ou mais de fossas sépticas em Manila.

O problema é que estações de tratamento e eliminação de águas residuais escasseiam. Resultado: Assiste-se ao lançamento indiscriminado de descargas mal tratadas para o rio Pasig — uma complexa rede de canais que liga o lago Laguna de Bay ao porto de Manila através de uma profusão de subúrbios urbanos. Outras 35 toneladas de resíduos sólidos domésticos são depositadas todos os anos no rio Pasig pela mão de ocupantes ilegais que residem em povoamentos improvisados ao longo das margens do rio. No total, cerca de dez milhões de pessoas descarregam resíduos não tratados para o rio.

Este factor apresenta graves consequências para a saúde pública. O rio Pasig é um dos mais poluídos do mundo, representando os detritos humanos 70% da totalidade da sua poluição. Os níveis de coliformes fecais excedem largamente os padrões definidos pelo Departamento do Ambiente e Recursos Naturais — cerca de um terço de todas as doenças em Manila está relacionado com a qualidade da água. Os 4,4 milhões de habitantes que vivem ao longo das margens do rio enfrentam problemas particularmente graves, sobretudo durante as inundações na época das chuvas de Junho a Outubro. Durante a época de poucas cheias, o rio Pasig muda de direcção e transporta a poluição para o Lago Laguna, criando ainda mais complicações para a saúde pública.

Têm sido traçados planos ambiciosos para limpar o rio Pasig, embora nenhum tenha saído da fase de planeamento, em parte devido ao fracasso do governo e dos fornecedores de água em desenvolverem uma estratégia coerente para combater a crise do saneamento básico em Manila

Fonte: WSP-EAP 2003; AusAID 2006.

abastecimento de água tanto nas áreas rurais como nas áreas urbanas, embora a poluição resultante dos desperdícios humanos e industriais seja um problema grave. Dezasseis cidades com níveis populacionais de mais de meio milhão de habitantes não usufruem de estações de tratamento de águas residuais.²⁴ A nível nacional, menos de 20% dos resíduos municipais recebe qualquer tratamento, obrigando os habitantes a ferverem a sua água em casa antes de a beberem. Em 2003, a Administração Pública para a Protecção Ambiental indicou que mais de 70% da água em cinco dos sete principais sistemas fluviais na China estava demasiado poluída para utilização humana.

Um problema adicional reside no facto de, em muitos países, as cidades não possuírem as infra-estruturas de recolha dos resíduos das la-

trinas com fossa, o que resulta na entrada de águas residuais nos sistemas de abastecimento de água. «Saneamento melhorado» para uns pode transformar-se em poluição e, para outros, numa ameaça para a saúde pública — como é o caso de Manila (caixa 1.4)

Uma infra-estrutura de abastecimento de água deficiente pode criar situações de alto de risco, mesmo em cidades com taxas de cobertura de rede elevadas. As taxas urbanas de cobertura de rede de água tratada no Paquistão estão avaliadas acima dos 90%. Mas o que significa este valor na prática? Vejamos as cidades de Lahore (com 5 milhões de habitantes) e Carachi (10 milhões), onde se estima que metade da população viva em zonas de bairros degradados clandestinos. Ambas as cidades dependem de uma com-

binação de águas captadas no subsolo e águas provenientes de canais. Contando com mais de 40% da água fornecida não filtrada e 60% dos afluentes sem tratamento, as doenças epidémicas transmissíveis pela água são comuns. Em Lahore, somente três empresas industriais em 100 procedem ao tratamento químico das suas águas residuais. Não existe nenhuma estação de tratamento de esgotos. Em Carachi, duas das maiores regiões industriais do país não possuem estações de tratamento de efluentes. O sistema de esgotos está em mau estado e não existem instalações de tratamento de resíduos. Os detritos humanos e a poluição industrial degradaram gravemente as águas do subsolo subterrâneas de que depende um número cada vez maior de lares enquanto fonte de água potável.²⁵ Ao longo de toda a área urbana do Paquistão, a água imprópria para consumo representa uma ameaça constante para a saúde pública. Só na primeira metade de 2006, surgiram violentos surtos de doenças epidémicas transmissíveis pela água que varreram Faisalabad, Carachi, Lahore e Peshawar como resultado da fuga de esgotos e de detritos industriais que contaminaram a água potável através de condutas danificadas. A crise é tão grave que foi lançado um programa de investimento público significativo para financiar mais de 6.000 estações de filtração das águas.

Envenenamento mineral. As substâncias naturais na água não tratada são geradoras de riscos para milhões de pessoas. A utilização de água subterrânea não tratada para consumo público já expôs cerca de 60 milhões de pessoas à contaminação por arsénico, pertencendo mais de metade deste número ao Bangladesh. Os custos humanos projectados para os próximos 50 anos incluem 300.000 óbitos devido a cancro e 2,5 milhões de casos de envenenamento por arsénico. As zonas de concentração de fluorite colocam uma ameaça adicional. Uma das zonas em África estende-se ao longo do Vale do Rift situado na África Oriental, desde a Eritreia até ao Malawi, uma outra parte da Turquia e atravessa o Iraque, Irão, Afeganistão, Índia, o nordeste da Tailândia e a China. As informações mais recentes demonstram que a fluorose é endémica em, pelo menos, 25 países do mundo. Desconhece-se o número total de pessoas afectadas, mas fazendo uma estimativa por defeito, teremos valores na ordem das dezenas de milhões.²⁶

Tempo, fluxos e disponibilidade. A presença de uma tecnologia de fornecimento de água melhorada, como por exemplo uma torneira ou uma fonte pública, constitui outro indicador parcial de acesso aos recursos hídricos. Para muitas pessoas, as torneiras permanecem secas durante longos

períodos, obrigando as famílias a recorrerem aos mercados clandestinos de comercialização de água que não oferecem condições de segurança. De uma forma mais lata, milhões de famílias carenciadas recorrem regularmente a fontes de abastecimento de água tratada e não tratada, o que levanta dúvidas sobre o quadro que as estatísticas mundiais pretendem traçar.

Embora as estatísticas nacionais possam apontar para a existência física de uma fonte de abastecimento de água tratada, os lares com acesso às redes de abastecimento deparam-se com o problema do fornecimento intermitente, sobretudo na estação seca. Em Nova Deli, Carachi e Catmandu, a percentagem de lares que dispõem de água canalizada 24 horas por dia não chega aos 10%. Considera-se normal um fornecimento de duas ou três horas diárias.²⁷ Embora as famílias carenciadas enfrentem as maiores dificuldades de acesso à água fornecida pelos serviços de abastecimento, por terem menor probabilidade de estarem ligados à rede, a falta de qualidade das redes de abastecimento afecta a maioria da população. Isto sugere-nos uma forte complementaridade de interesses no melhoramento e expansão dos sistemas de abastecimento.

O facto de se viver na proximidade de uma fonte pública não é garantia de um acesso fácil à rede de abastecimento. O tempo de viagem pode ser curto, mas as filas de espera podem ser longas. Dhaka tem uma taxa de cobertura de abastecimento para uma fonte de água tratada superior a 90%, mas este valor inclui as torneiras públicas que servem os habitantes dos bairros degradados, onde o ratio de torneiras por utilizador é de 1:500.²⁸ As dificuldades em áreas rurais são ainda mais marcantes. No Burquina Faso, Malawi e Mali, os estudos realizados sugerem que um terço ou mais dos pontos de água está sistematicamente avariado.²⁹ Têm sido referidos valores semelhantes na Ásia do Sul. No Andhra Pradesh, onde uma sondagem revelou a existência de uma boa cobertura de pontos de água, a população declarou que mais de metade desses pontos de água estavam constantemente danificados.³⁰ O problema mais grave nas áreas rurais relaciona-se com factores sazonais, em que a média de tempo de fornecimento esconde grandes variações entre a estação seca e a das chuvas. Um estudo elaborado numa região semi-árida da Nigéria concluiu que a percentagem de famílias que recolhiam água de uma fonte situada a mais de um quilómetro de distância aumentou de 4% para 23% na estação seca, enquanto o consumo médio diário diminuiu de 38 para 18 litros.³¹ As oscilações no acesso à água reflectiam-se nos indicadores de saúde infantil, registando o dobro da incidência de diarreias durante a estação seca.

Para os indivíduos, para os lares e para sociedades inteiras, o acesso a água limpa e a saneamento é uma das bases para o progresso no desenvolvimento humano

Em grande parte do mundo em desenvolvimento, a água imprópria para consumo representa uma ameaça infinitamente maior para a segurança humana do que os conflitos violentos

Os custos da crise em termos de desenvolvimento humano

Para os indivíduos, famílias ou sociedades completas, o acesso a água potável e a saneamento é um dos pilares para o progresso do desenvolvimento humano. Esta secção irá centrar-se no papel mais alargado da água e do saneamento básico representa no desenvolvimento humano, com vista a:

- Reduzir o problema dos baixos salários.
- Reduzir a mortalidade infantil.
- Acabar com os desequilíbrios ao longo de um ciclo de vida.
- Impedir que haja maiores danos em termos de saúde.
- Melhorar o nível de educação das raparigas.
- Conceder mais tempo livre às mulheres e às raparigas.
- Garantir o respeito pela dignidade humana.

Agravamento do problema dos salários baixos — o efeito da crise sobre os rendimentos

Os custos financeiros da redução do défice de água e saneamento básico suscitam, por vezes, alguma preocupação. Os governos nacionais têm perfeita consciência do impacto que os múltiplos apelos ao aumento das despesas podem ter em orçamentos restritos. Tem-se prestado menor atenção aos custos económicos da crise no sector da água e do saneamento e das implicações destes custos na pobreza e na prosperidade das pessoas.

A investigação levada a cabo pela OMS tendo em vista este relatório recorreu a um modelo universal para daí extrapolar uma melhor estimativa dos custos associados ao défice de água e saneamento básico.³² Esse modelo baseia-se na interrogação sobre quantas regiões diferentes poderiam ser poupadas se a população mundial tivesse acesso a uma tecnologia básica de acesso à água e ao saneamento a baixo custo. E chega, entre outras, às conclusões que se seguem:

- Os custos globais do défice actual totalizam 170 mil milhões de dólares, ou 2,6% do PIB dos países em desenvolvimento.
- Os custos para a África Subsariana totalizam 23,5 mil milhões de dólares, ou 5% do PIB — um valor que excede a soma dos fundos de ajuda e o alívio da dívida no ano de 2003.
- As perdas regionais ascendem a 29 mil milhões de dólares na América Latina, 34 mil milhões de dólares na Ásia do Sul e 66 mil milhões de dólares na Ásia Oriental.

Estes valores devem ser tratados com prudência. No entanto, sublinham dois aspectos importantes. O primeiro é uma variante da máxima de que mais vale prevenir do que remediar. Atingir a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio que aponta para a redução para metade da percentagem de pessoas sem acesso à água e ao saneamento custaria anualmente cerca de 10 mil milhões de dólares, só para se obter uma tecnologia sustentável de baixo custo. O acesso universal elevaria este montante para os 20 a 30 mil milhões de dólares, dependendo da tecnologia utilizada.³³ As estimativas mais moderadas, baseadas em custos mínimos, indicam que permitir que o défice do acesso à água e ao saneamento básico se mantenha custa aproximadamente nove vezes mais caro do que solucioná-lo. Em última análise, a defesa de medidas políticas que garantam o acesso de todos à água e ao saneamento básico encontra-se consubstanciada nos direitos humanos e em imperativos de ordem moral. Ao mesmo tempo, uma análise de custo-benefício sugere-nos que o senso comum económico constitui um poderoso argumento a favor.

O segundo aspecto relaciona-se com a distribuição. A estimativa de perdas económicas associadas ao défice de água e saneamento básico baseiam-se em dados regionais. No entanto, a maioria dessas perdas são sentidas por pessoas que se situam próximas ou mesmo abaixo do limiar de pobreza. Essas perdas são suportadas, de forma desproporcionada, pelos mais carenciados por serem estes que representam uma larga fatia da população sem acesso à água e ao saneamento básico. Isto implica que algumas das famílias mais carenciadas do mundo vejam os seus esforços de mobilização de recursos destinados à alimentação, saúde, educação e — o que é crucial — à produção, postos em causa graças a investimentos insuficientes nos sistemas de abastecimento de água e saneamento. Segue-se que as pessoas mais carenciadas seriam os principais beneficiários de um maior investimento nesta área, com os consequentes benefícios para o esforço de redução da pobreza.

Adiamento da redução das taxas de mortalidade infantil — ameaça mortal à nascença

Em grande parte do mundo em desenvolvimento, a água imprópria para consumo representa uma ameaça infinitamente maior para a segurança humana

do que os conflitos violentos. Essa ameaça ataca logo à nascença. A água imprópria para consumo e a falta de saneamento básico estão directamente relacionadas com a enorme discrepância que separa logo à nascença as crianças nascidas nos países ricos das nascidas nos países pobres. Embora a esperança de vida esteja a aumentar nos países em desenvolvimento, a percentagem desse aumento e a aproximação a uma convergência com os países ricos têm sido prejudicadas pelo défice existente no acesso à água e ao saneamento básico.

Dos 60 milhões de óbitos registados no mundo inteiro em 2004, 10,6 milhões — quase 20% — dizem respeito a crianças com menos de cinco anos de idade. A mortalidade infantil representa um terço do total de óbitos registados em regiões em desenvolvimento como a África Subsaariana ou o Sul da Ásia, enquanto nos países ricos, não chega a 1% do total de óbitos. O problema do acesso à água e ao saneamento básico está directamente relacionado com grande parte de óbitos de crianças com menos de cinco anos de idade. Eis a ligação: registam-se todos os anos 5 mil milhões de casos de diarreia em crianças oriundas de países em desenvolvimento. Este tipo de doenças representa a segunda maior causa de mortalidade infantil a seguir às infecções agudas do tracto respiratório. Trata-se de uma doença que ceifa anualmente a vida a 1,8 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos, o que equivale a uma taxa de mortalidade de 4.400 crianças por dia (figura 1.5). O número de óbitos associadas à ameaça dupla do consumo de água imprópria e das más condições de saneamento não tem sido suficientemente avaliado. A nível global, a diarreia mata mais pessoas do que a tuberculose ou a malária — e morrem cinco vezes mais crianças de diarreia do que de VIH/SIDA.

A ameaça à segurança humana provocada pela falta de acesso à água e ao saneamento básico tem vindo a aumentar em muitos países. A maioria das mortes por diarreia — mais de um milhão em 2004 — é provocada pela *shigella* ou diarreia sanguinolenta. Ao contrário de outras formas de diarreia, não se consegue tratar eficazmente a *shigella* através de uma simples terapia de hidratação por via oral — esta bactéria exige antibióticos mais dispendiosos. Mesmo para as famílias que têm possibilidades de pagar o tratamento, a *shigella* constitui uma ameaça crescente porque tem vindo a criar rapidamente resistência aos antibióticos. No Norte e Leste da Índia, voltou a surgir uma forma de *shigella* resistente aos fármacos após um intervalo de 14 anos. Também nas zonas rurais da parte ocidental do Quênia, metade dos casos de diarreia registados apresentaram resistência aos tratamentos.³⁴

A água potável e o saneamento básico figuram entre os mais poderosos remédios preventivos na luta pela redução da mortalidade infantil. Eles estão

Figura 1.5 Diarreia: o segundo maior assassino de crianças

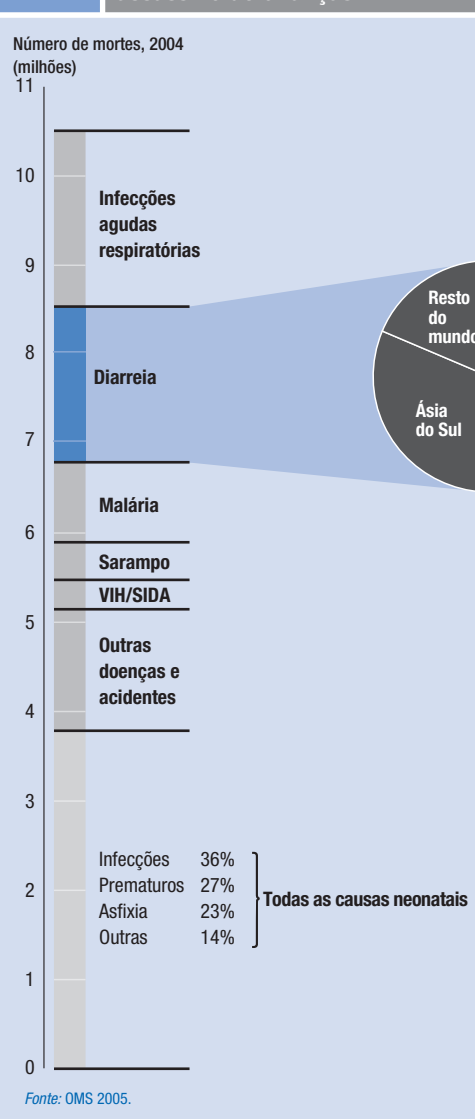


Figura 1.6 O acesso a água potável e instalações sanitárias permite reduzir a mortalidade infantil

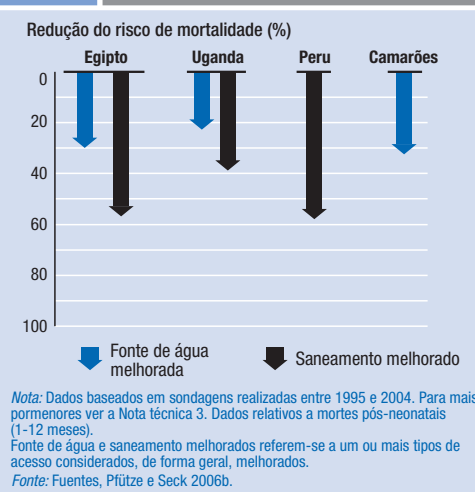
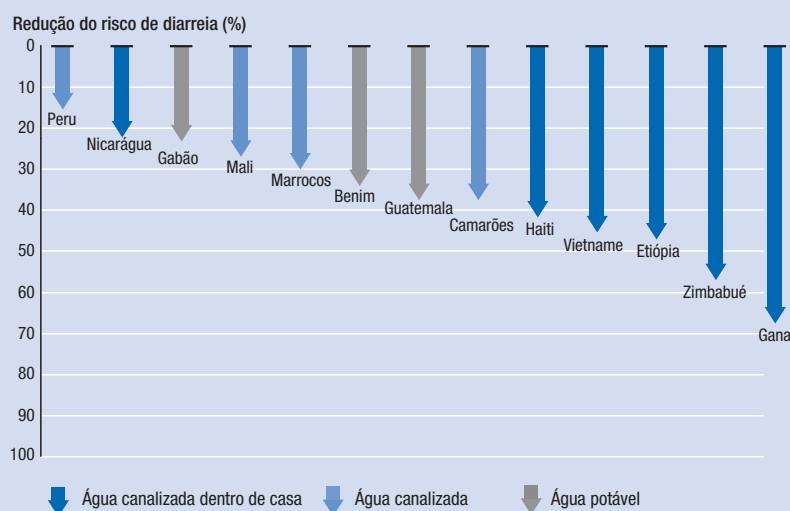
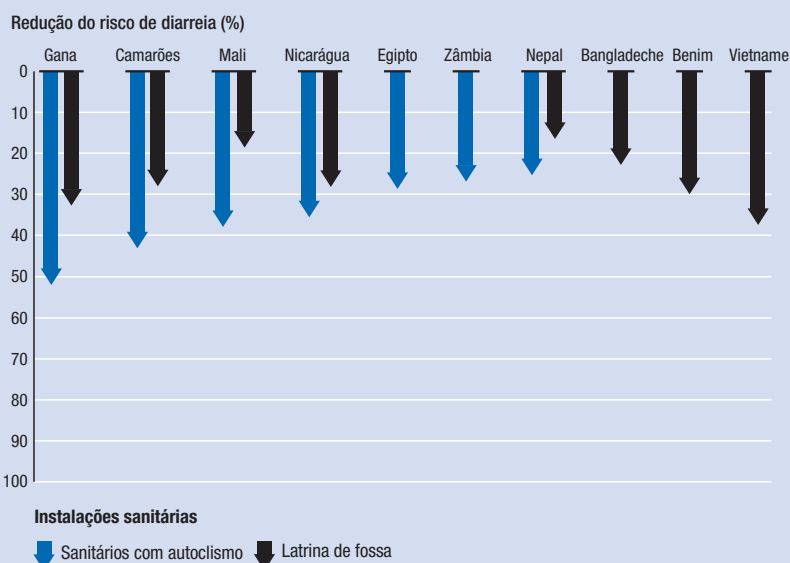


Figura 1.7 O acesso à água potável reduz o risco de diarreia...



Nota: Dados baseados em sondagens realizadas entre 1995 e 2004. Para mais pormenores ver a Nota técnica 3.
Fonte: Fuentes, Pfütze e Seck 2006b.

Figura 1.8 ...e o mesmo se aplica ao acesso ao saneamento básico



Nota: Dados baseados em sondagens realizadas entre 1995 e 2004. Para mais informações ver a Nota técnica 3.
Fonte: Fuentes, Pfütze e Seck 2006b.

para a diarreia como a vacinação está para doenças mortais como o sarampo ou a poliomielite: trata-se de mecanismos de redução do risco de doença e de prevenção da mortalidade. Para além de salvar vidas, o investimento preventivo na criação de redes de abastecimento de água e de saneamento básico faz sentido de um ponto de vista económico, já que pode ajudar a reduzir os custos do sistema de saúde curativo. O acesso universal até mesmo às instalações mais rudimentares de água e saneamento reduziria

o peso financeiro dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento em cerca de 1,6 mil milhões de dólares anuais — 610 milhões de dólares só na África Subariana, o que representa cerca de 7% de todo o orçamento para a saúde nesta região.

Até que ponto a transição de uma rede de abastecimento de água e saneamento básico não tratada para uma tratada poderá reduzir o risco de mortalidade infantil? Esta questão foi alvo de uma investigação levada a cabo em vários países, a pensar neste relatório (ver *Nota técnica 3*). Foram utilizados para o efeito dados de um inquérito realizado junto de famílias oriundas de 15 países, com o objectivo de analisar as variações do perfil de risco dessas famílias tomando por base o abastecimento de água e as redes de esgotos tratados. As conclusões sublinharam a influência de um eficiente acesso à água e ao saneamento básico na prevenção da mortalidade infantil:

- *Uganda*. O acesso a uma fonte de água tratada reduz o risco de mortalidade infantil em 23%.
- *Egipto*. O acesso a sanitários com autoclismo reduz o risco de mortalidade infantil em 57% quando comparado com as crianças que vivem em lares sem acesso a saneamento básico (figura 1.6).
- *Peru*. O acesso a sanitários com autoclismo reduz o risco de mortalidade infantil em 59% quando comparado com crianças que residem em lares sem acesso a saneamento básico.

O principal caminho para reduzir os riscos passa pela diminuição da incidência de casos de diarreia. As variações registadas na redução do risco evidenciam a importância de um vasto conjunto de factores que por sua vez influenciam os resultados dessa estratégia de redução do risco. Como já fizemos notar, as tecnologias melhoradas não podem ser vistas isoladamente. No entanto, elas podem desencadear avanços significativos no domínio da saúde pública. Recorremos a dados estatísticos dos lares inquiridos para investigar os perfis de risco da diarreia associados às diferentes tecnologias sanitárias. Desta análise resultaram duas descobertas importantes. Em primeiro lugar, o acesso à água potável e ao saneamento básico têm um papel preponderante na incidência de diarreia. Nos lares em que existe água canalizada, a taxa de incidência diminui cerca de 70% no Gana, e mais de 40% no Vietname (figura 1.7). Da mesma forma, os sanitários com autoclismo reduzem o risco de contaminação em mais de 20%, em países como o Mali, a Nicarágua e o Egipto (figura 1.8). Em segundo lugar, existe uma hierarquia na redução do risco. As latrinas com fossa reduzem o risco, embora menos que os sanitários com autoclismo; e o acesso a uma fonte de água tratada fora do lar reduz menos o risco do que quando existe acesso a água canalizada dentro da casa.³⁵

Por que motivo existem tão grandes variações na redução do risco consoante o tipo de tecnologia usada e os diferentes países? Em termos genéricos, o risco diminui sempre que os lares sobem um degrau na escada tecnológica. A existência de sanitários com autoclismo e de água canalizada dentro de casa potenciam níveis de redução do risco mais elevados do que, por exemplo, as latrinas com fossa ou fontes públicas. Há vários factores que explicam estas diferenças. A quantidade de água disponível é obviamente um factor a ter em conta. Inquéritos promovidos junto das famílias no Quênia, Tanzânia e Uganda revelaram que os lares com água canalizada utilizavam uma média de 16 litros por dia para limpeza e higiene. As casas sem água canalizada utilizavam menos de 6 litros. A nossa pesquisa não se debruçou directamente sobre o porquê de, perante situações de tecnologia similar, os resultados registarem variações tão grandes entre os diferentes países. No entanto, os resultados mostram a importância de factores que transcendem a tecnologia implementada no lar, como é o caso da qualidade da água comunitária e das infra-estruturas sanitárias (por exemplo, mesmo as famílias que possuem latrina e torneira em casa estão expostas aos riscos relacionados com o deficiente sistema de escoamento nas ruas).

O que a nossa pesquisa sublinha sem sombra de dúvida é a importância da melhoria do acesso à água e ao saneamento básico como meio de reduzir a mortalidade infantil em larga escala. Esta conclusão tem relevância óbvia para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Atendendo a que os progressos registados na prossecução do objectivo de redução da mortalidade infantil em dois terços têm ficado menos metade aquém da evolução esperada — havendo hoje uma diferença estimada de 4 milhões de óbitos infantis entre os objectivos traçados para 2015 e os resultados alcançados até à data — a melhoria do acesso à água potável e ao saneamento básico poderá desempenhar um papel vital no regresso do mundo ao bom caminho.

A proliferação de consequências crónicas

A mortalidade prematura pode ser a consequência mais grave resultante da falta de acesso a água e a saneamento. Contudo, os casos de doenças não fatais podem ter efeitos nocivos ao longo de toda uma vida. A enfermidade na infância pode estar associada a doenças crónicas, sejam elas de índole cognitiva ou física.

Repetidas crises de diarreia em crianças com idade inferior a um ano contribuem para uma deficiência vitamínica e para situações de subnutri-

ção. As crianças subnutridas têm, pois, uma maior probabilidade de vir a sofrer de diarreia, sendo os casos de doença mais prolongados. Por seu turno, a diarreia contribui para situações de baixo peso, de enfazamento e de deficiência vitamínica. Estudos realizados na Gâmbia, no Sudão e no Uganda mostraram como a diarreia dificulta a recuperação de peso, especialmente em crianças dos 7 aos 12 meses.³⁶

As crianças que sofrem constantemente de doenças provocadas pela falta de água potável acabam por transportar problemas para o contexto escolar. Uma saúde débil reduz o potencial cognitivo e acaba por, indirectamente, prejudicar a conjuntura educacional, acarretando absentismo, falta de atenção e abandono escolar prematuro. As doenças relacionadas com a falta de acesso a água potável custam, por ano, 443 milhões de dias de escola; o equivalente a um ano escolar de todas as crianças de sete anos de idade na Etiópia.

Quase metade destes dias é perdida devido a infecções intestinais provocadas por parasitoses e transmitidas através da água e de matérias fecais. Mais de 150 milhões de crianças em idade escolar são gravemente afectadas pelos principais helmintos, como sejam as lombrigas, os tricocéfalos e os ancilostomas. As crianças infectadas, comparativamente com as que nada sofrem, têm o dobro da probabilidade de apresentar absentismo escolar. Mas mesmo quando as crianças infectadas frequentam a escola, o seu desempenho acaba por se apresentar baixo e pouco regular: vários estudos apontam mesmo para efeitos adversos em termos de memória, capacidade de resolução de problemas e falta de atenção.³⁷

A relação entre a insegurança dos recursos hídricos e vectores como a saúde e a educação prolonga-se pela idade adulta. Estudos realizados em muitos países revelaram uma estreita correlação entre a estatura do indivíduo em idade adulta e o seu rendimento económico. As crianças que sofrem de repetidas crises de doenças infecciosas e de diarreia apresentam grandes probabilidades de serem adolescentes e adultos de baixa estatura, encontrando-se esta, por sua vez, relacionada com a diminuição cognitiva e com o fraco rendimento escolar. Assim sendo, as crises de diarreia na infância abrem caminho para reduzir o poder económico e conduzir a um estado de pobreza do indivíduo em idade adulta.³⁸

Os custos imediatos de uma consequência crónica traduzem-se, naturalmente, em riscos para a saúde e em rendimentos económicos mais reduzidos, não descurando uma maior vulnerabilidade. No entanto, todo o país acaba por perder com a diminuição da produtividade e o enfraquecido capital humano.

Actualmente, perto da metade da população do mundo em desenvolvimento sofre de uma ou mais das principais doenças associadas a um fornecimento inadequado de água e saneamento

Perguntámos a uma mulher de uma área em estudo inserida no programa como poderia a triquíase [um desenvolvimento do tracoma] afectar a sua capacidade de trabalho. Ao que ela respondeu: «As minhas pálpebras mordem como um cão e arranham como um espinho. Consegue aguentar-se em cima de um espinho? Imagine que tem um espinho no pé e não o consegue tirar - depois, tente falar em trabalhar.»

Dr. Paul Emerson, director técnico do Programa de Controlo do Tracoma do Centro Carter

O mais importante para mim é voltar a ser saudável. Significa que conseguirei trabalhar e sustentar a minha família.

Mare Aleghan, paciente com tracoma, etíope, 42 anos

Os problemas de saúde associados a um inadequado fornecimento de água e de saneamento ultrapassam em muito os evitáveis óbitos infantis. As doenças provocadas por falta de acesso a água potável representam cerca de 5% do total global de enfermidades. A angústia e o sofrimento associados estão muito além do que se possa estimar.

Convencionou-se que as doenças provocadas por falta de acesso a água potável se dividiam em três categorias: *doenças de transmissão hídrica* (tal como infecções que provocam diarreia transmitidas através de água contaminada por fezes), *doenças causadas por condições insalubres* (quando a pele ou a vista entram em contacto com água contaminada, como o tracoma) e *doenças atribuídas à água* (causadas por parasitoses encontradas em água contaminada, como seja a esquistossomose e outros helmintos). Uma quarta categoria, não considerada nas linhas que se seguem, compreende doenças provocadas por insectos, como a dengue e a malária. Em países em desenvolvimento, algumas destas doenças chegam mesmo a atingir proporções epidémicas:

- **Helmintos internos.** Cerca de 10% da população dos países em desenvolvimento sofre de doenças provocadas por parasitoses intestinais como lombrigas, triquíase e ancilostomas. As infecções estão fortemente relacionadas não só com a eliminação de excrementos por meio de condições sanitárias precárias, mas também com uma fraca higiene. O que contribui para uma subnutrição, para uma redução do potencial cognitivo e para casos de anemia. As crianças infectadas com helmintos têm quatro vezes mais probabilidade de apresentarem baixo peso.
- **Cólera.** As epidemias de cólera são um grande risco em áreas com elevada concentração populacional e fraco saneamento básico. As fortes chuvas podem provocar inundações nas latrinas, contaminar as águas e expor as populações às bactérias da cólera. Em 2005, a África Ocidental apresentou mais de 63.000 casos de cólera que conduziram a 1.000 mortes. O Senegal foi gravemente afectado na sequência de cheias provocadas pelas chuvas na cidade de Dacar. Durante o primeiro semestre de 2006, uma das mais graves epidemias a afectar a África Subsariana nos últimos anos registou, por mês, mais de 400 óbitos em Angola.

Fonte: Sight Savers International 2006; OMS 2006a; Carter Center 2006.

- **Tracoma.** *Chlamydia trachomatis*, o organismo que provoca o tracoma é transmitido pelas mãos e por moscas que pousam na cara e se alimentam da secreção ocular. As crianças são o alvo preferido. De acordo com a OMS, cerca de 6 milhões de pessoas já cegaram devido a esta doença. E outros 150 milhões precisam de tratamento, estimando-se a existência de 500 milhões de pessoas em situação de risco. A doença é endémica em 55 países, contribuindo a China e a Índia com 2 milhões de casos (ver quadro). Calcula-se que a Etiópia seja o país com o índice mais elevado de pessoas cegas, sendo o tracoma responsável por um terço dos casos.

Assim que a doença atinge um estágio avançado, o único tratamento é a intervenção cirúrgica. Apesar de ser relativamente simples e custar apenas 10 dólares, esta intervenção não está, contudo, ao alcance de muitos pacientes: na Etiópia, cerca de 1 milhão de pessoas necessita desta operação mas apenas 60.000 são sujeitas a este tratamento anualmente. As famílias mais pobres acabam por ser desproporcionalmente afectadas, uma vez que a doença se encontra fortemente relacionada com o excesso populacional e com a ausência de água potável para consumo. Estima-se que as perdas de produtividade provocadas pelo tracoma totalizem anualmente 2,9 mil milhões de dólares.

- **Esquistossomose.** Cerca de 200 milhões de pessoas em 74 países encontram-se infectadas com esquistossomose, e pelo menos 600 milhões estão em situação de risco. Dos indivíduos infectados, 20 milhões apresentam um estágio já avançado da doença e 120 milhões apresentam apenas os respectivos sintomas. Estima-se que 80% da transmissão desta doença ocorra na África Subsariana, causando milhares de óbitos por ano. Fortemente relacionada com a eliminação de excrementos em condições sanitárias precárias, a esquistossomose é transmitida através do contacto humano com água contaminada (beber, lavar, ir buscar água e tomar conta de animais).

Número de pessoas com tracoma por país ou região em 2004

Região	Número de pessoas com tracoma
China	1.174.000
Índia	865.000
Outros países e ilhas asiáticas	1.362.000
África Subsariana	1.380.000
Médio Oriente	927.000
América Latina	158.000
Total	5.866.000

Fonte: Sight Savers International 2006.

O aumento das despesas de saúde

Um fraco acesso a água e a saneamento gera condições crónicas não fatais em todas as fases da vida. Actualmente, perto de metade da população dos países em desenvolvimento sofre de uma ou mais das principais doenças associadas a

um inadequado fornecimento de água e de saneamento, como por exemplo diarreia, dracunculose, tracoma e esquistossomose (caixa 1.5.). Metade das camas dos hospitais dos países em desenvolvimento está ocupada por pessoas que sofrem destas doenças. E, provavelmente, estas representam uma percentagem ainda maior dos pacientes tra-

tados em clínicas de cuidados básicos, nomeadamente os localizados em bairros degradados e em zonas rurais. Os indicadores de saúde a nível global convencionais apontam para uma enorme percentagem de doenças relacionadas com a falta de acesso a água e a saneamento: de acordo com a OMS, esta representa uma perda anual de 60 milhões de anos de vida ajustados pelas incapacidades, ou 4% do total global.³⁹

O que os números não conseguem espelhar é a dor e o sofrimento associados a este tipo de doenças. Nem mesmo assinalar a forma como estas enfermidades podem conduzir pessoas já muito vulneráveis a estados de verdadeira pobreza. O tracoma é disso um forte exemplo. A doença é transmitida pela mosca *musca sorbens*, um insecto que tem como alvo preferido de procriação as fezes humanas. Estas moscas aterram nos olhos de qualquer humano (desde crianças da mais tenra idade a idosos), conduzindo a décadas de infecção recorrente. As suas vítimas equiparam a infecção a ter espinhos nos olhos.

Para milhões de pessoas, o tracoma é um passaporte para a pobreza. À medida que a doença avança de estágio em direcção à cegueira, o indivíduo perde a respectiva capacidade de trabalho, ficando completamente entregue aos cuidados de familiares (ver o contributo especial de Presidente dos Estados Unidos Jimmy Carter no capítulo 3). As crianças são fortemente infectadas e as mulheres acabam por ser mais vulneráveis do que os homens, apresentando taxas de infecção três vezes mais elevadas. Uma situação causada fundamentalmente pelo facto de serem elas a tomar conta dos filhos. Embora já tenha sido comum nos Estados Unidos, o tracoma está, nos dias de hoje, quase integralmente confinado aos países em desenvolvimento, nos quais se registam 150 milhões de ocorrências e 2 milhões de novos casos de cegueira por ano.

O tracoma é um exemplo da vasta relação existente entre as doenças provocadas por falta de acesso a água potável e o estado de pobreza. Estas doenças conseguem simultaneamente reduzir o rendimento económico, incrementar as despesas das famílias e conduzir à perda de ganhos futuros. Quando os elementos de famílias mais carenciadas contraem doenças, a sua produtividade diminui e, com ela, também diminui a capacidade de gerar rendimento ou de plantar alimentos. E porque as famílias pobres raramente possuem seguros de saúde, as despesas acabam por ser suportadas pelo actual rendimento, pela venda de bens ou contraindo um empréstimo. Ora, o esgotamento de recursos daí resultante reforça o depauperamento e aumenta a vulnerabilidade futura.

Prejuízo da educação das raparigas

Para as raparigas, a falta de acesso a água e a saneamento traduz-se na perda de oportunidades de índole educacional e na falta de possibilidades de legitimação associada. O défice de água e de saneamento acaba por ameaçar todas as crianças. Mas são as jovens e as mulheres que arcam com uma percentagem desigual dos custos suportados pelo agregado familiar.

Em muitos países, o tempo perdido a ir buscar água é uma das razões para o enorme fosso entre géneros verificado a nível da frequência escolar. Na Tanzânia, estes níveis de frequência escolar são 12% mais elevados nas raparigas que moram a 15 minutos ou menos das fontes de água, comparativamente com as que moram a uma hora ou mais das mesmas. Os índices de frequência escolar dos rapazes apresentam um nível de dependência em relação à distância das fontes de água bem mais reduzido.⁴⁰ Para milhões de famílias carenciadas, existe um claro conflito entre o tempo despendido na escola e o tempo gasto a ir buscar água. Observe-se, pois, as palavras de uma rapariga de 10 anos que se encontra na fila de espera junto a uma fonte de água em El Alto, Bolívia:

Claro que eu gostava de ir à escola. Quero aprender a ler e a escrever; e quero estar lá com os meus amigos. Mas como? A minha mãe precisa que eu venha buscar água, e a fonte só está aberta das 10h00 às 12h00. Tenho de vir cedo para a fila porque são muitas as pessoas que aqui vêm.

As raparigas, principalmente após a puberdade, também apresentam menos probabilidades de frequentar a escola se esta não tiver as condições de higiene apropriadas. Devido a preocupações com segurança e privacidade, é frequente os pais retirarem as suas filhas de uma escola que não oferece casas de banho adequadas e separadas dos rapazes. Estima-se que metade das raparigas da África Subsariana abandona a escola primária devido à falta de água potável e de instalações sanitárias em condições.⁴¹ Esta é uma situação que ajuda a explicar como a melhoria das condições sanitárias no contexto escolar pode aumentar a frequência escolar entre as raparigas: entre 1990 e 2000, o programa de saneamento escolar levado a cabo pela UNICEF no Bangladesh foi instrumental no aumento de 11% registado a nível das matrículas efectuadas por raparigas.⁴² Contrariamente, um inadequado abastecimento de água e de saneamento pode retardar o desenvolvimento de países que lutam por conseguir condições educacionais universais. No Uganda, apenas 8% das escolas têm latrinas suficientes e somente um terço apresenta latrinas separadas para rapazes e rapari-

Para as raparigas, a falta de acesso a água e a saneamento traduz-se na perda de oportunidades de índole educacional e na falta de possibilidades de legitimação associada

1

Por fim à crise no sector da água e do saneamento básico

A perda de dignidade associada à falta de privacidade na área do saneamento básico ajuda a explicar porque as mulheres lhe atribuem uma maior relevância do que os homens

gas; um défice que ajuda, naturalmente, a explicar a dificuldade em reduzir os índices de abandono escolar entre as raparigas após a puberdade.⁴³

As disparidades existentes a nível educacional relacionadas com a falta de acesso a água e a saneamento acarretam impactos que se arrastam por toda uma vida e que se transmitem de gerações em gerações. A educação pode legitimar as mulheres para a participação nas tomadas de decisão das respectivas comunidades. Já na idade adulta, as raparigas com um bom grau de educação têm maior probabilidade de ter famílias mais pequenas e mais saudáveis; e os seus filhos menos probabilidade de morte prematura, recebendo níveis de educação escolar mais elevados do que os filhos de mães menos alfabetizadas. Estas vantagens são cumulativas, assim como o são as perdas associadas a desigualdades de género relacionadas com a falta de acesso a água e a saneamento.

O agravamento do binómio tempo-pobreza e da desigualdade de género

Em quase todos os países, a divisão de géneros em termos laborais atribui às mulheres responsabilidades que não são partilhadas pelos homens. A divisão de tarefas no seio familiar interage com os problemas a nível do fornecimento de serviços de modo a reforçar as profundas desigualdades de género.

O tempo perdido a ir buscar água representa um pesado fardo para as mulheres. Nas zonas rurais de Moçambique, do Senegal e da parte leste do Uganda, as mulheres passam, em média, entre 15 a 17 horas semanais a ir buscar água. É muito usual ver as mulheres percorrerem mais de 10 quilómetros durante as estações secas. Estudos realizados na parte leste do Uganda revelaram que as famílias gastam, em média, 660 horas por ano a ir buscar água. E isto representa dois meses inteiros de trabalho, com custos a nível da frequência escolar, do rendimento económico e do tempo livre das mulheres.⁴⁴ Estima-se que, na África Subsariana, sejam despendidas, por ano, cerca de 40 mil milhões de horas a ir buscar água⁴⁵ — o equivalente a um ano de trabalho de toda a mão-de-obra de França. Reduzindo o tempo dedicado a outras actividades, como o cuidar dos filhos, o descanso ou o trabalho produtivo, o tempo gasto a ir buscar água acaba por aumentar a falta de tempo para lazer, retirar legitimidade à mulher e reduzir o respectivo rendimento económico.

Os estudos efectuados na Índia, pela Associação Feminina de Trabalhadoras Independentes (SEWA), demonstram bem esta relação. As mulheres ocupadas com bem sucedidos projectos de micro-empresas na zona semiárida de Gujarat despendem entre três a quatro horas por dia para ir buscar água. Durante

os meses de Verão, quando o tempo gasto a ir buscar água aumentou para mais duas horas por dia, elas tiveram de se adaptar reduzindo o tempo dedicado ao trabalho nas micro-empresas. Esta associação estimou que reduzir o tempo de recolha de água para uma hora por dia permitiria às mulheres auferir mais 100 dólares por ano, dependendo da empresa - o que representa uma enorme perda de rendimentos para famílias em áreas de extrema pobreza. Contudo, importante não era apenas a perda de rendimento económico. As mulheres realçaram igualmente a importância deste factor para a sua independência.⁴⁶

A redução da dignidade humana

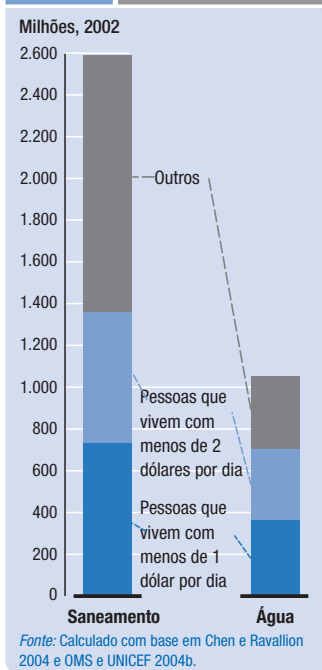
*No Verão sentimo-nos tão sujas. Passam-se semanas que não lavamos as nossas roupas. As pessoas dizem que nós estamos sujas e cheiramos mal. Mas como podemos estar limpas sem água?*⁴⁷

Estas palavras, proferidas por uma mulher indiana de classe baixa, espelham a relação entre os vectores dignidade humana e água. A dignidade não é mensurável; contudo, é o cerne do desenvolvimento humano e do nosso sentido de bem-estar, tal como Adam Smith reconheceu. Ao escrever a obra *A Riqueza das Nações*, Adam Smith incluiu entre as «necessidades» para o bem-estar aqueles elementos de conforto que «até a pessoa mais pobre, homem ou mulher, teria vergonha de aparecer sem eles em público».⁴⁸

O acesso a instalações de saneamento seguras, higiénicas e privadas é um dos mais indicadores sólidos de dignidade. Para milhões de mulheres a nível mundial, o acesso inadequado a estas instalações é fonte de vergonha, desconforto físico e insegurança. As normas culturais controlam rigorosamente o comportamento nesta área, e em muitos casos as mulheres não podem mesmo ser vistas a defecar; uma exigência que as força a sair de casa antes do amanhecer ou após o anoitecer, no sentido de poderem ter privacidade. Tal como uma mulher no Bangladesh descreveu: «Os homens podem fazer face às necessidades fisiológicas sempre que quiserem ... mas as mulheres têm de esperar até ao anoitecer, seja qual for o problema que tenham.»⁴⁹ Em muitos países, a protelação das necessidades fisiológicas é uma das principais causas de infecções a nível do fígado e de obstipação intestinal aguda.

A perda de dignidade associada à falta de privacidade na área do saneamento básico ajuda a explicar porque as mulheres lhe atribuem uma maior relevância do que os homens. Quando questionados acerca dos benefícios das latrinas, tanto os homens como as mulheres do Camboja, da Indonésia e do Vietname afirmaram que a principal vantagem seria a limpeza das casas e um ambiente livre de cheiros e moscas.⁵⁰ No entanto, as mulheres eram mais a favor

Figura 1.9 A população pobre representa a maioria das pessoas com falta de acesso a água e a saneamento



de dependerem dinheiro nas casas de banho (para elas um importante investimento), dando especial ênfase à privacidade. Eram igualmente elas que com mais facilidade iniciavam o processo de aquisição de latrinas (ver capítulo 3). A carência de recursos fi-

nanceiros para a criação de condições de saneamento básico por parte das famílias e das entidades governamentais deve-se pois, parcialmente ao facto de as mulheres não terem uma voz activa no estabelecimento de prioridades.

Os pobres são, de longe, os mais afectados pela crise

Os números médios nacionais ofuscam profundamente as desigualdades estruturais no acesso a água e a saneamento. Em muitos países, estas desigualdades são equivalentes a um sistema de apartheid a nível da água potável baseado na riqueza, na localização e noutros indicadores de vantagem e desvantagem. Para além disso, traduzem as profundas desigualdades de oportunidades de vida que corroem os princípios básicos da cidadania partilhada e da igualdade de oportunidades.

A população pobre representa a maior parte do défice

Qual a relação entre a falta de acesso a água e a saneamento e a distribuição global da pobreza?

Analisando os dados referentes a um estudo social a nível das famílias, é possível ter uma percepção aproximada da sobreposição entre a pobreza e a falta de acesso a água e a saneamento. A associação é ainda mais marcante a nível da água potável. Cerca de um terço das pessoas sem acesso a uma fonte de água potável vivem com menos de um dólar por dia. E o dobro destas pessoas vive com menos de 2 dólares por dia. Estes valores significam que 660 milhões de pessoas que não têm acesso a água potável possuem, na melhor das hipóteses, uma limitada capacidade financeira para pagar uma ligação a serviços de abastecimento de água. Deste total, cerca de 385 milhões de pessoas encontram-se no limiar da pobreza absoluta, sobrevivendo com menos de 1 dólar por dia (figura 1.9). Mais de metade de 1,1 mil milhões de pessoas sem acesso a água potável encontram-se nos 40% mais pobres em termos de distribuição de rendimento.

Estes valores não mostram a real relação causal: as pessoas podem não ter acesso a água potável porque são pobres, ou podem ser pobres porque não possuem acesso a água potável. Contudo, as estatísticas são altamente sugestivas relativamente à existência de uma relação recíproca entre a pobreza e a falta de acesso a água.

Em termos de saneamento, também existe uma forte associação entre a pobreza e o acesso à água: dois quintos das famílias mais pobres representam mais de metade do défice a nível global. Cerca de 1,4 mil milhões de pessoas sem acesso a água potável vivem com menos de 2 dólares por dia. No entanto, as taxas de cobertura de saneamento básico são bem mais reduzidas do que as de água potável, mesmo em grupos com um

Figura 1.10 A divisão da água

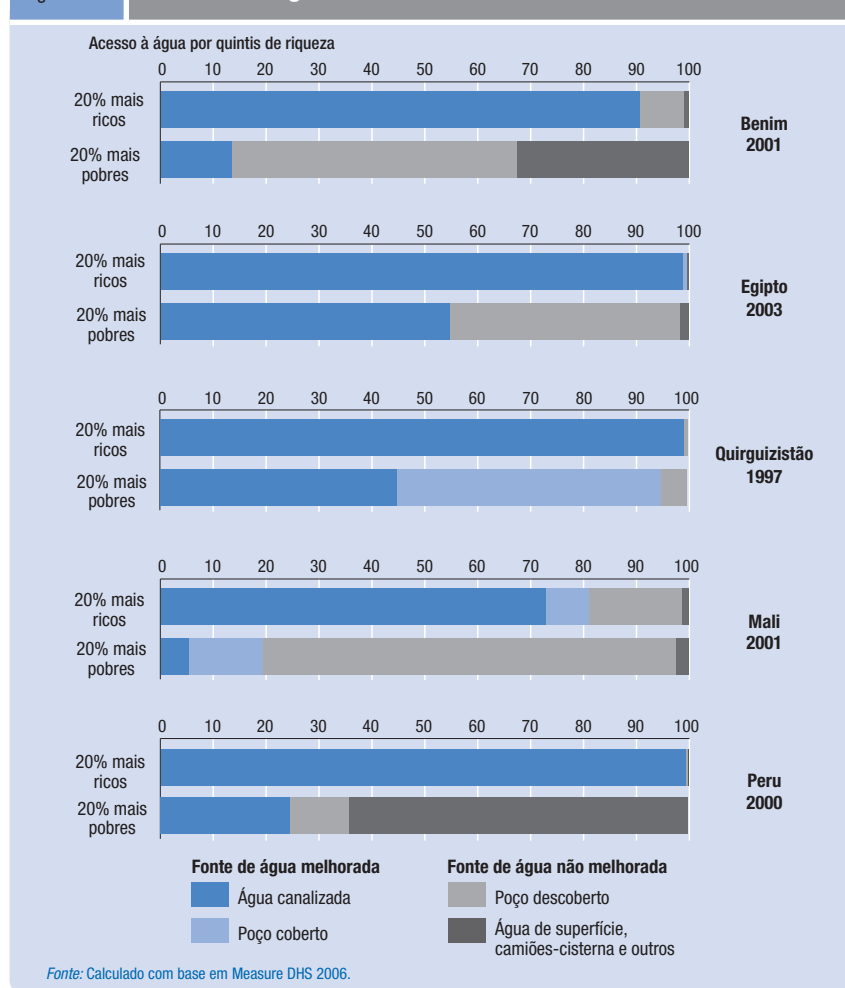
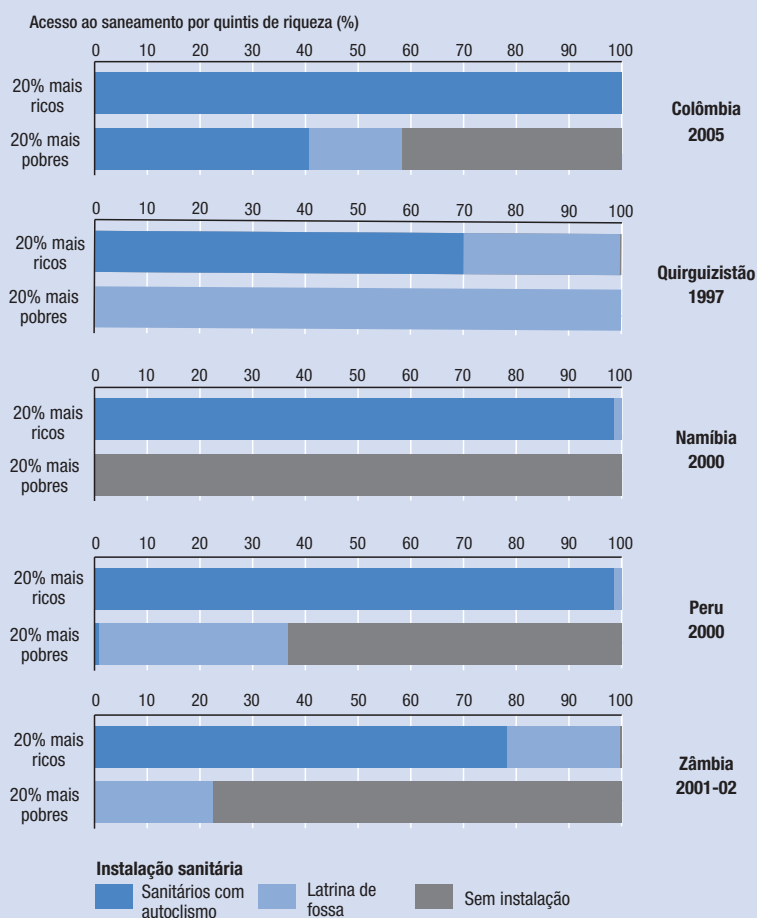
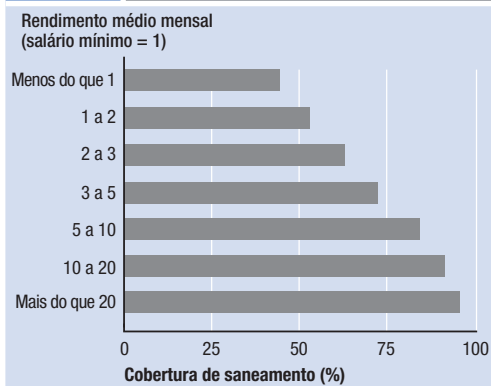


Figura 1.11 A grande divisão do saneamento básico



Fonte: Calculado com base em Measure DHS 2006.

Figura 1.12 A população pobre tem uma taxa de cobertura de saneamento básico mais baixa no Brasil



Fonte: Heller 2006.

rendimento mais elevado. Nos países em desenvolvimento, um quarto dos 20% mais ricos não têm acesso a saneamento básico melhorado, e esse valor ascende a metade para os segundos 20% mais ricos.

A distribuição da riqueza em populações sem acesso a água e a saneamento acarreta importantes implicações de ordem prática, tanto em termos de política pública como de Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As principais fontes nacionais de financiamento para vectores como a água e o saneamento são as famílias (através do pagamento de tarifas, de custos de ligação, de custos com mão-de-obra e de investimento) e o Estado (impostos ou subsídios). Em qualquer país, a fusão mais apropriada em termos de financiamento público e financiamento das famílias dependerá de várias circunstâncias, incluindo o rendimento médio, a pobreza e o perfil económico dos agregados familiares que não têm acesso a uma rede de água potável. Em países de rendimento elevado e médio, existe a possibilidade de as famílias financiarem os custos operacionais do fornecimento deste bem, apesar de o Estado desempenhar um papel fundamental no financiamento dos custos de investimento na criação de uma rede de água potável. Em países de rendimento baixo e médio, com taxas de cobertura reduzidas entre a população pobre, o financiamento público é a chave do desenvolvimento do acesso a este bem. Os 660 milhões de pessoas que vivem com menos de 2 dólares por dia e que não têm acesso a água potável, bem como os 1,4 mil milhões de pessoas que carecem de saneamento básico, não têm condições para financiar o abastecimento de água através dos seus rendimentos.

A desigualdade em termos de acesso a água potável é um tema abrangente. Nos países mais ricos, as pessoas não são diferenciadas pelo local onde obtêm água nem pelo tipo de instalações sanitárias que utilizam. Em muitos países em desenvolvimento, a distribuição da riqueza é definida pelo local onde se obtém água e pelos recursos de saneamento básico que se possui.

O acesso a água canalizada é altamente diferenciador. Uma análise efectuada em 17 países em desenvolvimento (Estudos Demográficos e de Saúde), e levada a cabo propositadamente para este relatório, concluiu que a disponibilidade deste bem era de aproximadamente 85% para os 20% mais ricos do total de famílias, comparativamente com 25% para os 20% mais pobres. Num grupo grande de países, o rácio de cobertura de água canalizada entre os mais ricos e os mais pobres é, normalmente, 4:1 ou 5:1. No Peru, o acesso a água canalizada é universal para os 20% mais ricos, enquanto dois terços dos 20% mais pobres compram água directamente aos vendedores ou adquirem-na em fontes de água (figura 1.10). As disparidades registadas a nível do acesso a saneamento básico são igualmente marcantes. Estas desigualdades desempenham um papel primordial no desenvolvimento humano devido à sua correlação com a distribuição de meios de sobrevivência, educacionais e de pobreza.

Alguns países registam elevadas desigualdades mesmo que apresentem um baixo nível de abastecimento de água. Na Zâmbia, três quartos dos 20% mais ricos têm acesso a uma casa de banho com autoclismo. Entre os 20% mais pobres, uma proporção similar utiliza espaços abertos, não havendo qualquer acesso registado a casa de banho com autoclismo (figura 1.11). À medida que o rendimento económico aumenta, assiste-se igualmente a um incremento da cobertura média. Mas, mesmo os rendimentos económicos nacionais relativamente elevados não garantem elevadas taxas de cobertura entre as populações pobres. No Brasil, 20% da população mais rica goza de um acesso a água e saneamento em níveis amplamente comparáveis aos registados nos países ricos. Entretanto, 20% dos mais pobres registam taxas de cobertura mais baixas do que no Vietname, em níveis directamente proporcionais ao rendimento económico (figura 1.12).

As desigualdades no acesso a água e a saneamento encontram-se intimamente relacionadas com as ainda maiores disparidades de oportunidades, a começar pela oportunidade de sobrevivência. Neste capítulo, já foi enfatizada a importância das desigualdades em termos de acesso a água e a saneamento na protelação de enormes disparidades de saúde que abrandam a convergência dos níveis de esperança de vida dos vários países. O mesmo acontece internamente em cada país.

As famílias pobres têm uma maior probabilidade de vir a sofrer de doenças infecciosas e as crianças pertencentes a essas famílias de morrerem prematuramente. Uma investigação realizada em vários países concluiu que as doenças transmissíveis são a causa de 56% dos óbitos registados em 20% da população mais pobre, comparativamente com 8% dos 20% mais ricos. De igual modo, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos nos 20% mais pobres é frequentemente duas vezes mais elevada do que a registada nos 20% mais ricos⁵¹ — na Bolívia e no Peru, estas taxas são 4 a 5 vezes mais elevadas. E a taxa de mortalidade entre os 20% mais pobres está a descer a menos de metade da taxa média de redução em muitos países; um problema identificado no *Relatório do Desenvolvimento Humano 2005* como uma das principais ameaças para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Muitos factores relacionados com a pobreza estão na base das desigualdades em termos de mortalidade infantil, incluindo a subnutrição e o acesso aos necessários cuidados de saúde. Contudo, o aumento da exposição ao risco de doenças de transmissão hídrica é a maior causa de todas. Na cidade filipina de Cebu, a diarreia é a segunda maior causa de mortalidade infantil; no entanto, a mortalidade é quatro vezes mais elevada nas crianças provenientes dos 20% mais pobres da população do que dos 20% mais ricos. A diar-

reia representa 12% dos óbitos registados na cidade, mas representa 20% das desigualdades em termos de taxas de mortalidade entre as crianças provenientes das famílias mais ricas e aquelas pertencentes aos agregados familiares mais carenciados.⁵²

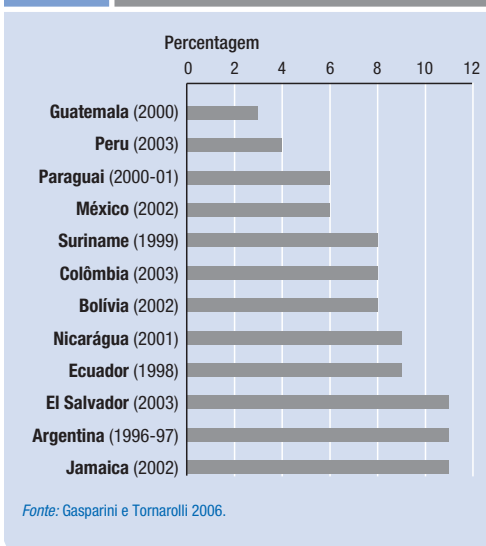
As desigualdades de saúde e de mortalidade reforçam a necessidade de olhar para além dos números e de analisar os problemas específicos enfrentados pelas famílias mais pobres. Dado o papel central desempenhado por factores como a água insalubre e as fracas condições sanitárias na transmissão de doenças infecciosas, qualquer estratégia no sentido de reduzir as desigualdades de saúde terá de se empenhar consideravelmente na diminuição das disparidades em termos de distribuição da riqueza. Tal como existem fortes fundamentos para o estabelecimento de metas relacionadas com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, que olham para lá das médias sociais no sentido de reduzir as disparidades enquanto objectivo explícito, também em vectores como a água e o saneamento subsiste uma base para o estabelecimento de objectivos claros e orientados para a equidade. Por exemplo, reduzir para metade as disparidades entre os 20% mais ricos e 20% mais pobres poderia ajudar a focalizar a política pública.

Os pobres pagam mais — e muito além do que podem

Vários debates em torno do abastecimento de água têm conduzido a posições polarizadas em relação ao factor preço. Um dos pólos quer dar maior ênfase à participação nas despesas, com as famílias a pagarem mais do que utilizam. O outro pólo receia que a par-

O preço da água potável reflecte um princípio de injustiça muito simples: quanto mais pobre se é, mais se paga

Figura 1.13 O preço da pobreza: a água representa uma grande parte das despesas dos 20% mais pobres



As pessoas mais carenciadas nas áreas urbanas dos países em desenvolvimento não só pagam, pela aquisição de água, mais do que os residentes da mesma cidade que auferem rendimentos mais elevados, como também despendem mais por este bem do que as populações dos países mais ricos

participação nas despesas e os princípios do mercado possam pôr em risco o acesso a custos reduzidos a água potável por parte da população mais pobre. Ambas as perspectivas reforçam pontos importantes. No entanto, ambas descurem algumas das realidades fundamentais experienciadas pelas famílias mais pobres. Muitas delas carecem de capacidade para fazer face a encargos de recuperação de custos numa base comercial. Ao mesmo tempo, a visão de que a população mais pobre tem acesso a um abundante abastecimento de água a custos reduzidos é uma ilusão. Recorrendo a mercados que aumentam mais a sua pobreza, a maioria está já a pagar mais do que aquilo que poderia no sentido de fazer face às suas necessidades mais básicas. O preço da água potável reflecte um princípio de injustiça muito simples: quanto mais pobre se é, mais se paga.

Existe, no entanto, muito pouca investigação em torno da percentagem do orçamento das famílias pobres que é dedicada à água. Para milhões de famílias, o elevado preço de um bem como a água traduz-se, claramente, num esforço excessivo em termos de recursos económicos. Prova disso é o estudo realizado, para este Relatório, na América Latina que concluiu que 20% dos mais pobres na Argentina, El Salvador, Jamaica e Nicarágua gastam mais de 10% do seu rendimento económico na aquisição de água potável.⁵³ Cerca de metade dessas famílias vivem no limiar da pobreza absoluta, com menos de 1 dólar por dia (figura 1.13).

Padrões similares de consumo final doméstico são registados noutras regiões. No Uganda, as despesas com um bem como a água representam cerca de 22% do rendimento médio dos 20% das famílias urbanas mais pobres⁵⁴. Um estudo realizado em Jacarta concluiu que mais de 40% das famílias gasta 5% ou mais dos seus rendimentos na aquisição de água potável.⁵⁵ (As autoridades regulamentadoras no Reino Unido decretam que qualquer despesa feita para a aquisição de água acima dos 3% do consumo final doméstico representa um indicador de esforço.)

Estes valores em torno do consumo final doméstico alertam para a adopção indiferenciada de uma maior recuperação de custos como estratégia financeira. Existe um enorme espaço de manobra para mais recuperação de custos por parte de grupos com rendimentos mais elevados, muitos dos quais beneficiam de grandes subsídios. O mesmo princípio não se aplica aos grupos abaixo do limiar de pobreza. As elevadas despesas da população mais pobre são, muitas vezes, interpretadas como prova da sua capacidade financeira. Ou seja, o facto de as famílias mais carenciadas gastarem muito na aquisição de água é prova de que têm disponibilidade e capacidade financeira. Dado que as alternativas tanto podem ser consumir

água que ponha em risco a saúde como despendendo demasiado tempo a ir buscar água, as famílias mais carenciadas poderão preferir gastar os seus limitados recursos na aquisição deste bem.

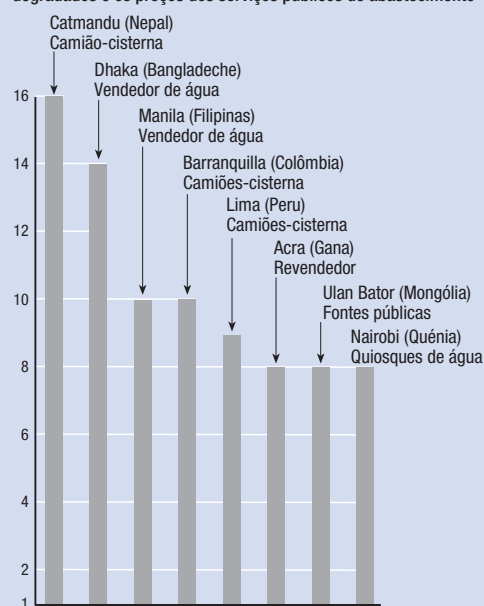
Contudo, o querer gastar não significa o mesmo que poder gastar; pelo menos, não da forma em que o conceito interage com o desenvolvimento humano. Ora, se a despesa na água corresponder a uma grande parte do orçamento das famílias que vivem no limiar da pobreza (ou abaixo), as despesas com outros vectores como a saúde, a educação, a nutrição e a produção acabam por ficar comprometidas. Para além disso, os pagamentos médios anuais podem esconder os elevados preços que levam a uma enorme taxa de esforço durante a estação seca, quando o orçamento familiar é mais prejudicado.

Na verdade, as famílias estão a ponderar os benefícios de gastar num bem como a água, comparativamente aos benefícios de gastar noutras áreas que devem ser vistas como o mínimo dos direitos de ordem social. Reduzir as despesas com água potável por parte das famílias mais carenciadas poderia, em muitos casos, aumentar o rendimento económico destas, melhorando assim as perspectivas de fugir à pobreza e a capacidade de recuperação.

A desigualdade em termos de abastecimento de água relaciona-se não só com o acesso e despesas inerentes, mas também com o preço deste serviço. Um dos temas mais recorrentes no abastecimento

Figura 1.14 Os custos de estar longe do abastecimento de água

Rácio entre os preços dos vendedores de água nos bairros degradados e os preços dos serviços públicos de abastecimento



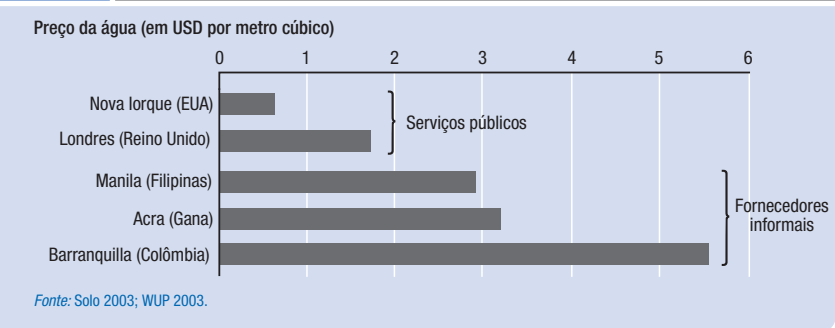
Fonte: Conan 2003; Solo 2003; ADB 2004; WUP 2003; WSP-AF 2005c.

de água nos países em desenvolvimento é o preço ser inversamente proporcional à capacidade financeira das famílias. De facto, algumas das populações mais pobres que vivem em bairros urbanos degradados pagam pela aquisição deste bem alguns dos preços mais elevados. Em Jacarta, Lima, Manila e Nairobi, as famílias que vivem com baixos rendimentos pagam normalmente 5 a 10 vezes mais (ou ainda mais) por este bem do que os residentes da mesma cidade que auferem rendimentos mais elevados. Em Manila, estima-se que 4 milhões de pessoas se abasteçam de água através de quiosques, vendedores com carrinhos de mão e camiões. A média das suas contas mensais com água é de 10 a 20 dólares; e as famílias que possuem um abastecimento directo de água potável pagam, em média, apenas 3 a 6 dólares por mês mas consomem cinco vezes mais água⁵⁶ (figura 1.14). Existe uma dimensão internacional relativamente à divisão da riqueza quanto ao preço da água. As pessoas mais carenciadas nas áreas urbanas dos países em desenvolvimento não só pagam, pela aquisição de água, mais do que os residentes da mesma cidade que auferem rendimentos mais elevados, como também dependem mais por este bem do que as populações dos países mais ricos. Algumas das pessoas mais pobres do mundo que vivem nos bairros degradados de Acra e Manila pagam mais pela aquisição de água do que as pessoas que vivem em Londres, Nova Iorque ou Roma (figura 1.15).

Porque é o preço da água inversamente proporcional à capacidade financeira em muitos países? As razões variam, mas em áreas urbanas o factor mais crítico é a distância entre o utilizador e a fonte de abastecimento de água. Os fornecedores de água que operam nas redes municipais oferecem, normalmente, os serviços mais baratos. As famílias com uma ligação directa à rede através de uma torneira em casa têm acesso a essa água potável. As famílias mais carenciadas sem esta ligação têm de adquirir água por meio de uma rede de intermediários. Assim, os preços aumentam de forma exagerada através dos intermediários: camiões, vendedores e outros. Ora, assegurar uma ligação à rede iria certamente baixar o preço unitário deste bem. No entanto, duas grandes barreiras limitam esta opção: os elevados custos de capital e as proibições que existem em estabelecer uma ligação devido ao facto de existirem populações a viver sem direitos de propriedade formais.

Estas barreiras ajudam a explicar as desigualdades no acesso à rede. Em Acra, na República do Gana, as taxas de ligação rondam, em média, os 90% nas áreas com rendimento mais elevado e 16% em zonas com rendimentos mais baixos.⁵⁷ As populações de Madina e Adenta, zonas urbanas de bairros degradados no sudeste da cidade, compram água potável a associações de camionistas que, por sua vez, a adquirem em grandes lotes ao abastecimento pú-

Figura 1.15 Preços da água: os pobres pagam mais, os ricos pagam menos



blico. Resultado: muitas das 800.000 pessoas que vivem em Acra no limiar de pobreza, ou abaixo deste, pagam 10 vezes mais por este bem do que os residentes de áreas com rendimentos mais elevados. Como se não bastasse, o volume de água disponível para os utilizadores nos bairros degradados é normalmente reduzido devido a um sobreconsumo por parte das famílias de áreas com rendimentos mais elevados. A água fornecida nos bairros degradados de cidades como Acra e Nairobi é reduzida durante os períodos de escassez, no sentido de manter o fluxo em áreas com rendimentos mais elevados, onde o abastecimento diário deste bem é superior a 1.000 litros cúbicos por pessoa. Os residentes do próspero distrito de Parklands em Nairobi recebem água 24 horas por dia. Contudo, os residentes dos bairros degradados de Kibera são forçados a gastar, em média, mais de duas horas por dia a ir buscar água a fontes que funcionam 4 a 5 horas diárias (ou menos).

A relação entre o preço e a desvantagem geográfica ajuda a explicar as profundas disparidades existentes a nível do abastecimento de água que dividem tantas cidades. A escassez absoluta raramente é o problema que se encontra subjacente: a maioria das cidades possui água mais do que suficiente. O problema é que este bem está distribuído de forma desigual.⁵⁸

- A cidade de Lima produz mais de 300 litros diários de água per capita, mas 60% da população recebe apenas 12% deste bem.
- Em Guayaquil, no Equador, passam diariamente pela cidade mil milhões de litros de água no Rio Guayas. E os subúrbios com rendimentos elevados gozam de acesso universal a água potável. Só que cerca de 800.000 pessoas, que vivem com baixos rendimentos e sem direitos de propriedade formais, dependem dos vendedores de água. Cerca de 40% da população tem de viver com 3% da água canalizada.
- Em Chennai, na Índia, o abastecimento médio é de 68 litros por dia, mas as áreas que estão dependentes dos camiões apenas utilizam 8 litros. Em Ahmedabad, 25% da população utiliza 90% da água potável.

Figura 1.16 A divisão da água dentro dos países: Quênia, Tanzânia e Uganda

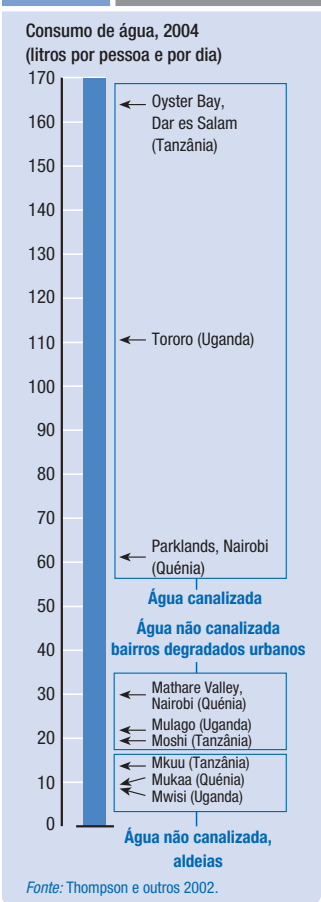
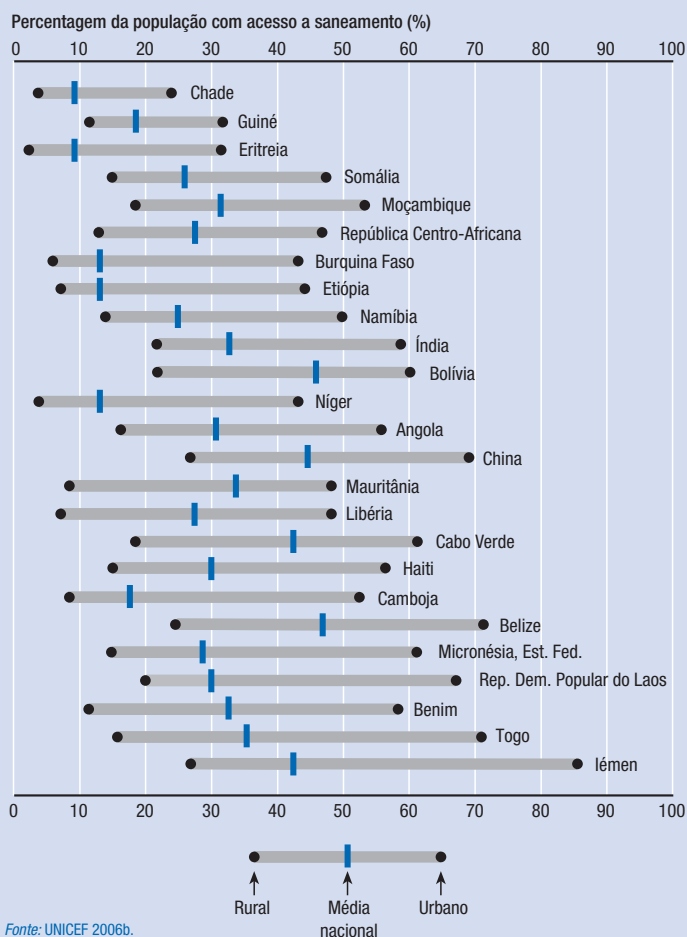


Figura 1.17 A divisão rural-urbano: as disparidades no acesso a saneamento básico continuam elevadas

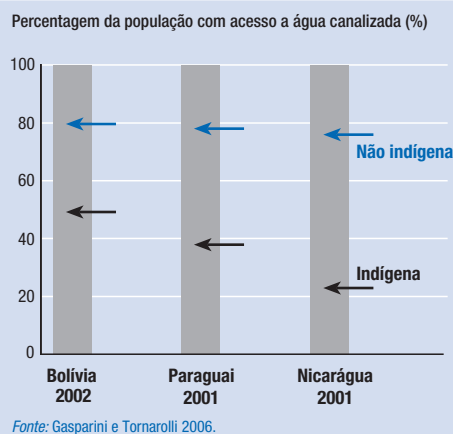


- Muitos países na África Subariana enfrentam uma crise nacional no que concerne o abastecimento de água — mas esta é partilhada de forma desigual. Os residentes de Oyster Bay, uma zona de elevados rendimentos em Dar es Salam, Tanzânia, utilizam em média 166 litros de água por dia, enquanto as famílias em Moshi sem uma ligação a água canalizada consomem uma média de 19 litros diários (figura 1.16).

As desigualdades a nível da riqueza não operam isoladamente. No seio de um agregado familiar, a divisão de géneros em termos de tarefas significa que cabe às mulheres e às raparigas uma fatia maior das desvantagens em comparação aos homens, porque são responsáveis por ir buscar água, cozinhar, tomar contas das crianças, dos idosos e dos doentes. Fora desse núcleo, a desigualdade a nível dos rendimentos interage com desigualdades mais amplas. As mais importantes são as seguintes:

- Divisão rural-urbano.** Uma das maiores disparidades em termos do abastecimento de

Figura 1.18 Alguns grupos étnicos têm muito menos acesso à água



água e de saneamento é entre as áreas urbanas e as zonas rurais. Para os países em desenvolvimento, a cobertura de água potável é de 92% nas áreas urbanas e de apenas 72% em zonas rurais. A cobertura em termos de saneamento básico é ainda mais assimétrica: a cobertura urbana é o dobro da cobertura rural (figura 1.17). Parte do fosso rural-urbano corresponde a disparidades a nível dos rendimentos e da pobreza: a privação de rendimento é geralmente mais marcante nas zonas rurais. Contudo, há outros factores igualmente importantes. O abastecimento de água e de saneamento é mais difícil e acarreta custos mais elevados per capita em populações rurais do que em populações urbanas. Os factores políticos também não devem ser descurados junto das populações das zonas rurais — normalmente provenientes de áreas marginais — pois têm uma voz muito mais fraca que os seus parceiros urbanos.

- Divisão por grupos.** A identidade perante um grupo é um indicador de desvantagem em muitos países. Na América Latina, este factor reflecte-se em disparidades entre as populações indígenas e não indígenas (figura 1.18). Na Bolívia, a percentagem média do acesso a água canalizada é de 49% nos falantes indígenas e de 80% nos não indígenas. As minorias étnicas no Vietname têm menos de um quarto da cobertura do que a maioritária população Kinh.⁵⁹ Na Ásia do Sul, a casta continua a ser uma importante fonte de desigualdade. Na Índia, as regras ditadas pela casta que governam o acesso a água enfraqueceram; contudo, continuam a ter a sua importância embora de uma forma mais subtil. Em Andhra Pradesh, as mulheres oriundas de castas mais baixas

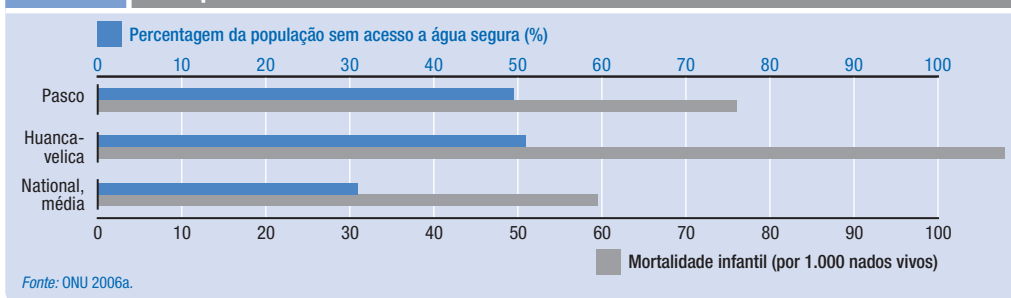
têm permissão para ir buscar água a poços localizados em zonas de casta mais elevada; no entanto, não podem elas próprias tirar a água - uma lei que conduz a enormes filas de espera e à dependência da cooperação por parte de pessoas da casta mais elevada.⁶⁰

- *Divisão regional.* Aumentar o rendimento médio cria novas oportunidades de redução das disparidades regionais através de transferências fiscais para as áreas mais pobres. No entanto, as transferências são frequentemente demasiado limitadas para fazer face às desvantagens do passado e à privação local. No México, mais de 90% da população possui uma ligação a uma fonte segura de água e dois terços das famílias têm ligação a um esgoto. Mas a cobertura desce consideravelmente das áreas urbanas mais desenvolvidas e das pequenas cidades dos estados mais prósperos do Norte do país para as zonas rurais mais remotas e os estados do Sul do México, onde a pobreza

aperta. Os três estados de Chiapas, Guerrero e Oaxaca sublinham o facto de a disponibilidade física de água e o acesso a esta apresentarem conceitos muito diferentes: estes estados têm a disponibilidade de água mais elevada do México, devido às chuvas, e o acesso mais restrito a água potável. O acesso é mais baixo do que nos países em desenvolvimento e com rendimentos mais baixos, como o Sri Lanca e a Tailândia.

As desigualdades regionais em termos de acesso a água e a saneamento encontram-se associadas a maiores disparidades a nível do desenvolvimento humano. No Peru, as províncias de Huancavelica e Pasco têm uma taxa de cobertura de água potável muito abaixo da média nacional, apresentando-se a taxa de mortalidade infantil muito acima da média. Mais uma vez, a associação pode não ser a causa, mas é difícil evitar a conclusão de que há uma interacção em jogo (figura 1.19).

Figura 1.19 Divisão regional: no Peru, a baixa cobertura nas províncias mais pobres custa vidas



Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e para além destas metas: voltar ao caminho certo

Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, estabelecidos pelos líderes mundiais na Cimeira do Milénio da ONU, procuram reduzir para metade o número de pessoas sem acesso sustentável a uma fonte de água melhorada até ao ano 2015 (objectivo 10). Não é a primeira vez que a comunidade internacional estabelece objectivos tão ambiciosos. No início dos anos 80, os governos abraçaram entusiasticamente o objectivo da consecução do acesso a Água e a Saneamento para Todos até 1990. No início dos anos 90, a terceira década da Água, foi determinado

o mesmo objectivo. Nos dias de hoje, 1,1 mil milhões de pessoas sem abastecimento de água potável e 2,6 mil milhões sem acesso a saneamento básico são a prova viva de que as conferências internacionais e os impressionantes objectivos não substituem as acções práticas no sentido de providenciar água, instalações sanitárias e sistemas de esgotos.

Será que o mundo em 2015 contemplará mais uma década de objectivos não conseguidos? Ou será esta a década que acabará com as disparidades entre os objectivos internacionais e os resultados no ter-

reno? As respostas dependerão das políticas nacionais e da cooperação internacional. O que é indubitável é que o sucesso é possível e que falhar estes objectivos tem um preço muito elevado em termos de vidas humanas perdidas e de potencial humano desperdiçado. Ao mesmo tempo, o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio deverá ser visto como uma base e não como um tecto, isto é, um incentivo para se conseguir o acesso destes bens a nível global. É muitas vezes esquecido que, mesmo que a meta 10 seja atingida em 2015, ainda sobram 800 milhões de pessoas com falta de acesso a água potável e 1,8 mil milhões de pessoas sem recursos a nível do saneamento básico. O crescimento populacional significa que qualquer desvio da meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio deixará o mundo na mesma situação relativamente à água e ao saneamento.

Um relatório em torno da meta do objectivo de desenvolvimento do milénio

Estima-se que, ao longo da próxima década, a população dos países em desenvolvimento cresça 830 milhões, contribuindo a África Subsariana com um quarto do aumento e a Ásia do Sul com um terço.

Tendo em conta este crescimento da população, a versão simples do desafio estabelecido pelo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio é que, até 2015, mais 900 milhões de pessoas necessitem de acesso a água potável e 1,3 mil milhões de pessoas necessitem de acesso a saneamento básico. Ora, estas metas não serão atingidas se o mundo continuar com a trajetória que tem seguido até agora.

Isto implica várias centenas de milhares de novas ligações por dia em alguns dos países mais pobres. Para algumas regiões, o índice de novas ligações precisa de ser consideravelmente aumentado, no sentido da consecução das metas estabelecidas (tabela 1.1). A Ásia do Sul necessitará de fornecer anualmente uma cobertura de saneamento básico a 43 milhões de pessoas, comparativamente com os anuais 25 milhões de pessoas ao longo da década anterior. A África Subsariana enfrenta um desafio igualmente ambicioso. Entre 1990 e 2004, a região aumentou as taxas de cobertura de água potável numa média de 10,5 milhões de pessoas por ano. No sentido de atingir a meta durante a próxima década, esse valor terá de mais do que duplicar para os 23 milhões por ano. Em termos de saneamento básico, o número de pessoas, por ano, com uma nova ligação directa a este bem precisa de ser quadruplicado — de 7 milhões para quase 28

Quadro 1.1 A meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio: desempenho anterior e metas futuras em termos de água potável e de saneamento básico

Pessoas com acesso sustentável a uma fonte de água melhorada (milhões)

	1990	2004	Objectivo 2015	Média anual de pessoas	
				A obter acesso 1990-2004	A necessitar de acesso para atingir a meta estabelecida 2004-15
África Subsariana	226,6	383,8	627,1	10,5	23,1
Países Árabes	180,1	231,8	335,8	4,7	6,5
Ásia Oriental e Pacífico	1.154,4	1.528,2	1.741,2	22,9	24,3
Ásia do Sul	840,6	1.296,4	1.538,1	32,5	22,1
América Latina e Caraíbas	334,3	499,0	527,8	9,0	6,1
Mundo	2.767,7	4.266,4	5.029,5	79,5	82,4

Pessoas com acesso sustentável a saneamento básico melhorado (milhões)

	1990	2004	Objectivo 2015	Média anual de pessoas	
				A obter acesso 1990-2004	A necessitar de acesso para atingir a meta estabelecida 2004-15
África Subsariana	148,4	256,5	556,0	7,2	27,9
Países Árabes	120,6	196,0	267,2	4,9	6,9
Ásia Oriental e Pacífico	467,0	958,2	1.284,9	32,0	33,6
Ásia do Sul	242,9	543,8	1.083,3	24,7	42,5
América Latina e Caraíbas	279,6	423,2	492,2	8,6	8,4
Mundo	1.456,9	2.663,9	3.994,0	77,5	120,4

Fonte: Calculado com base em OMS e UNICEF 2006 e ONU 2005.

milhões. Para atingir estes resultados regionais, muitos países têm pela frente um desafio muito ambicioso:

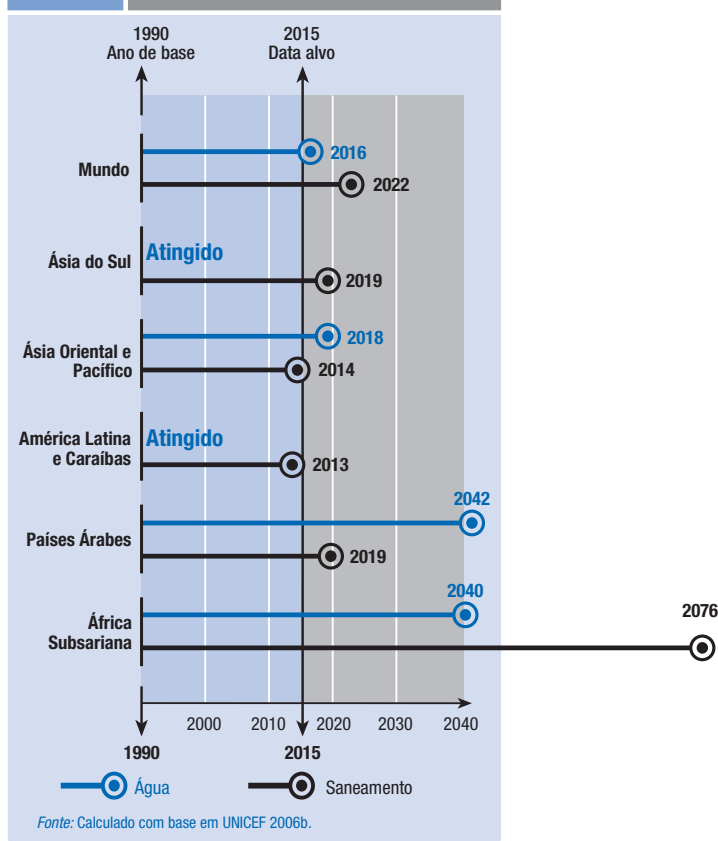
- O Burquina Faso necessitará de providenciar o acesso a saneamento básico a mais 8 milhões de pessoas até 2015 — quase 6 vezes a população actualmente abrangida.
- A Etiópia necessitará de aumentar a cobertura de saneamento básico num factor três, providenciando o acesso a mais 40 milhões de pessoas.
- O Gana necessitará de aumentar a taxa da cobertura de água e saneamento pelo factor 9.
- O Quênia necessitará de aumentar, em 11,6 milhões, o número de pessoas com acesso a água e, em 16,5 milhões, as com acesso a saneamento.

Estes objectivos são intimidantes, contudo, atingíveis. Nalguns casos, o desenvolvimento foi mesmo acelerado nos últimos anos, criando situações de optimismo. Muitos dos países mais pobres do mundo demonstram hoje, através de consecuições práticas, que os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio são susceptíveis de serem atingidos. No entanto, a taxa de desenvolvimento exigida está muito além da registada desde 1990.

Quais são as perspectivas de o mundo atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio em termos de água e de saneamento? O cenário agregado global é variado. Com um forte desenvolvimento nos países de grande densidade populacional, como a China e a Índia, o mundo está no caminho certo para a redução para metade das pessoas com falta de acesso a água potável; contudo, a mesma situação não se verifica a nível do saneamento básico. O problema deste cenário mundial é que esconde as enormes diferenças entre as regiões e os países. A perspectiva regional revela resultados menos positivos (figura 1.20). De acordo com as actuais tendências, algumas regiões não conseguirão atingir a meta referente a água e a saneamento. A África Subsariana passará à margem da meta referente a água durante toda uma geração, e a meta relativa a saneamento básico levará mais de duas gerações a ser alcançada. A Ásia do Sul também não verá a sua meta de saneamento atingida senão daqui a cinco anos, e os Países Árabes não conseguirão atingir a meta de água durante os próximos 27 anos. Ao passar do nível regional para o âmbito nacional, o motivo para preocupação cresce ainda mais. Dado que os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio são estabelecidos para todos, o que conta é o desempenho a nível dos países — e o actual desempenho está muito abaixo do nível exigido:

- **Água:** 55 países não estão no bom caminho, e a meta não será atingida para cerca de 234,5 milhões de pessoas, com um total de 800 milhões de pessoas ainda com falta de acesso a água potável.

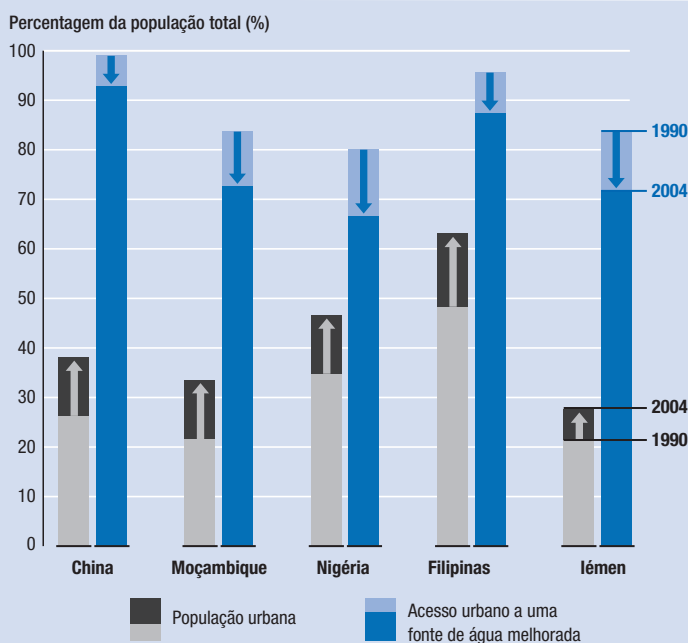
Figura 1.20 Algumas regiões não estão no bom caminho para alcançarem a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio referente à água e saneamento.



- **Saneamento:** 74 países não estão no bom caminho, e a meta não será atingida para cerca de 430 milhões de pessoas, com 2,1 mil milhões de pessoas ainda com falta de acesso a saneamento básico.

Estes valores não revelam toda a extensão da diferença existente: não abrangem os problemas relacionados, por exemplo, com a qualidade e a continuidade do abastecimento discutido anteriormente. Nem reflectem os problemas enfrentados pelos países cujas necessidades ultrapassam o abastecimento básico. Contudo, a projecção espelha dois aspectos importantes do desafio do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. Primeiro, a África Subsariana, a região mais pobre do mundo, enfrenta o maior défice perspectivado para 2015. Em termos de água e saneamento, tal como noutras áreas do desenvolvimento humano, a África Subsariana está muito atrás das outras regiões. Até 2015, esta região do mundo representará mais de metade do défice global de água e pouco mais de metade do défice de saneamento, sendo a Ásia do Sul responsável pelo remanescente. Esta enorme disparidade entre a África Subsariana e o

Figura 1.21 A cobertura da água está a melhorar com a rápida urbanização em alguns países



Fonte: ONU 2006b.

resto do mundo conduzirá a ainda maiores desigualdades em termos de saúde, educação e erradicação da pobreza.

Em segunda instância, a disparidade água-saneamento também deverá ser marcante. O perigo é que os potenciais benefícios do progresso em termos de água possam ser banidos por uma não consecução de avanços equiparados na área do saneamento. De facto, um aumento do abastecimento de água em locais onde os esgotos e a eliminação de excrementos sejam desadequados poderia exacerbar problemas de saúde pública, especialmente em cidades com elevada densidade populacional. Poderia corresponder a um sério atraso no desenvolvimento humano se o mundo repetisse, no início do século XXI, os erros cometidos na segunda metade do século XIX na Europa.

A divisão rural-urbano continuará a desempenhar um papel importante. As zonas rurais não cessarão de representar grande parte do défice em 2015. No entanto, a urbanização gerará pressões crescentes. Ao longo da década que decorrerá até 2015, a percentagem de população das cidades do mundo em desenvolvimento aumentará de 42% para 48%, ou seja, 675 milhões. Ora, só para manter os níveis de cobertura actuais, as cidades terão de assegurar o abastecimento a esta população aumentada. A maioria do crescimento ocorrerá em bairros degradados já sobrepopoados (ou à volta destes) e em áreas do perímetro urbano e

clandestino, com pessoas com um elevado índice de pobreza a viver sem as mínimas infra-estruturas de água e saneamento. Os sinais de aviso são bem visíveis. Cerca de 29 países — como por exemplo, a China, a Indonésia, Moçambique, a Nigéria, as Filipinas, o Uganda e o Iémen — viram as respectivas taxas de cobertura descer ao longo da década transacta (figura 1.21).

Os ganhos da prossecução das metas do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio

Quanto custaria alterar a actual trajectória global de vectores como a água e o saneamento no sentido de atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio? A resposta depende dos pressupostos em torno do nível e do tipo de tecnologia, bem como dos custos de abastecimento. Dados pouco fiáveis fazem com que as estimativas sejam arriscadas, mas a verdade é que existe um nível surpreendentemente elevado de consonância nas várias investigações.

Estima-se que as despesas actuais em água e saneamento nos países em desenvolvimento rondem anualmente os 14 a 16 mil milhões de dólares (excluindo o tratamento de águas residuais). O consenso generalizado em torno do financiamento adicional exigido no sentido de atingir a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio com base em tecnologias sustentáveis de baixo custo é de cerca de 10 mil milhões de dólares anuais⁶¹ Este é o patamar mínimo de financiamento. Reflecte o custo do alargamento do abastecimento de água e saneamento recorrendo ao mais baixo nível de tecnologia. Oferecer um nível de serviços mais elevado e manter o abastecimento nos padrões actuais às pessoas que já estão abrangidas acrescentaria a esse valor outros 15 a 20 mil milhões de dólares por ano. E se a meta incluísse os custos de recolha e tratamento de águas residuais a nível dos agregados familiares estaríamos a falar de montantes muito mais elevados.

Estes valores dizem respeito aos custos da equação. E os benefícios? A investigação levada a cabo pela OMS para este Relatório aborda esta questão. Os resultados apontam para a enorme necessidade de haver mais investimento em água e saneamento. A resposta ultrapassa os simples cálculos em torno dos rácios custo-benefício, por muito impressionantes que estes valores sejam, exige mesmo uma maior acção pública. Entre as principais conclusões, encontram-se as seguintes:

- Assistir-se-ia a menos 203.000 óbitos de crianças em 2015, se a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio fosse atingida; 124.000 delas na África Subsaariana. Cumulativamente, mais de 1 milhão de vidas poderiam ser salvas

ao longo da próxima década se o mundo se guiasse no caminho certo em direcção à consecução desta meta.

- A taxa económica de retorno em tempo poupado, no aumento da produtividade e nos reduzidos custos a nível da saúde para cada dólar investido corresponde a 8 dólares.
- Os benefícios económicos totais equivalem a 38 mil milhões de dólares, contribuindo a África Subsariana com 15 mil milhões de dólares (mesmo abaixo dos 2% do PIB), a América Latina com 8 mil milhões de dólares e a Ásia do Sul com 5 mil milhões de dólares.
- A redução dos casos de diarreia resultaria num ganho de 272 milhões de dias em termos de frequência escolar, a maior parte deles na África Subsariana e na Ásia do Sul.
- Atingir a meta estabelecida para a água e saneamento levaria a uma poupança anual de cerca de 1,7 mil milhões de dólares a nível dos custos inerentes ao tratamento de doenças provocadas por falta de acesso a água potável. A África Subsariana pouparia cerca de 2 dólares per capita — o equivalente a cerca de 12% das despesas de saúde pública.⁶² A redução na despesa ajudaria a conseguir recursos para outras prioridades como o VIH/SIDA.
- Tendo somente em conta o impacto da redução dos casos de diarreia, poderiam ser conseguidos 3,2 mil milhões de dias de trabalho para pessoas entre os 15 e os 59 anos. Os ganhos anuais em termos de tempo totalizariam mais 20 mil milhões de dias de trabalho, a maioria dos quais conseguidos por mulheres. Juntamente com o aumento da produtividade conseguida através de uma saúde melhorada, estes ganhos representam uma enorme e potencial fonte de crescimento económico e de incremento do rendimento das famílias⁶³

Estes valores oferecem apenas uma visão muito parcial. Não registam, por exemplo, os benefícios em termos de educação, de legitimação das mulheres, de dignidade humana, ou de redução da angústia e do

sofrimento associados à diminuição das taxas de mortalidade infantil. Contudo, reforçam o esforço económico e de desenvolvimento humano no sentido de investir no Objectivo de Desenvolvimento do Milénio.

Os valores para atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio parecem muito elevados. Mas necessitam de ser contextualizados. Os 10 mil milhões de dólares exigidos anualmente para que o mundo possa atingir estes objectivos até 2015 representam cerca de oito dias das despesas militares a nível global. Em termos de melhorias da segurança humana, em oposição às noções de segurança nacional definidas de modo mais restrito, a conversão de pequenas quantias de despesas militares em investimentos com o acesso a água e saneamento iria gerar enormes retornos. A segurança nacional é, naturalmente, um imperativo para qualquer país. Contudo, se o objectivo é proteger a vida dos cidadãos, é difícil pensar num investimento público que tenha o potencial de salvar ainda mais vidas.

De acordo com qualquer critério razoável, o preço para atingir o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio é uma mais-valia para um investimento de capital. Esse investimento poderia economizar mais de 1 milhão de vidas ao longo da próxima década, eliminar a perda de potencial educativo e agir como um catalisador do crescimento económico. Da perspectiva do desenvolvimento humano, a questão real que se coloca é se o mundo tem capacidade (ou não) para atingir as metas estabelecidas pelo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. Trata-se, pois, de saber se o mundo pode dar-se ao luxo de não investir e se pode (ou não) descurar a meta estabelecida. Se o mundo conseguisse concretizar até 2015 o acesso universal a água e saneamento, evitaria 2 milhões de óbitos ao longo da próxima década. É claro que muitas pessoas irão argumentar que este objectivo nada tem de realista. Mas o facto de muitos dos países mais pobres terem registado uma taxa de desenvolvimento muito acima da exigida, no sentido da prossecução dos objectivos, coloca a seguinte questão: será que o objectivo de 2015 é pouco ambicioso?

Da perspectiva do desenvolvimento humano, a questão real que se coloca é se o mundo tem capacidade (ou não) para atingir as metas estabelecidas pelo Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. A questão é se o mundo poderá dar-se ao luxo de não realizar estes investimentos

Fazer do progresso uma realidade

No início da contagem decrescente dos dez anos que faltam para 2015, a comunidade internacional aproxima-se rapidamente de uma encruzilhada. Existe uma oportunidade ao longo da próxima década de fazer pelos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio o que os grandes movimentos de reforma do século XIX fizeram pela água e pelo saneamento na Europa e nos Estados Unidos. Estes movimentos têm muito a ensinar-nos sobre a

mobilização de coligações para a mudança: é ainda na política, e não nas finanças, na tecnologia ou na economia, que reside a chave do progresso. Realizar os objectivos de 2015 e progredir rapidamente em direcção ao acesso universal ajudaria a libertar milhões de pessoas do flagelo da pobreza, promoveria o crescimento económico e melhoraria a sobrevivência das crianças, a educação e a igualdade de género.

O princípio unificador da acção pública para a água e o saneamento é o reconhecimento de que a água é um direito humano básico

O Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e 2015 constituem um primeiro marco do caminho e não o seu destino final. Esta declaração é duplamente verdadeira. Em primeiro lugar, o derradeiro objectivo em matéria de água e saneamento é o acesso universal. Se contar com uma liderança política eficaz, a maioria dos países detém o potencial para superar a meta e progredir rapidamente no sentido do abastecimento universal. Em segundo lugar, os níveis de abastecimento exigidos para satisfazer os critérios de acesso melhorado devem ser encarados como o primeiro degrau da escada e não como o final da jornada. A garantia de que todas as pessoas têm acesso às tecnologias mais básicas constituiria uma enorme diferença. Em 2015, morreriam quase 600.000 crianças a menos. Seria um progresso notável. No entanto, um milhão de crianças continuariam a morrer de diarreia em cada ano. Para reduzir este número será necessário um progresso sustentado em níveis mais elevados de abastecimento. Tal como os seus congéneres do mundo desenvolvido, as pessoas dos países em desenvolvimento têm o direito de aspirar a sistemas de abastecimento que contemplem água canalizada nos seus lares, acesso a redes de saneamento e uma infra-estrutura de água e saneamento com capacidade de tratamento de águas residuais. Estas aspirações podem não se encontrar ao alcance imediato de muitos países, mas é importante que as políticas públicas trabalhem gradualmente no sentido de alcançar este progresso.

A preocupação imediata no início da contagem decrescente dos dez anos que faltam para 2015 reside numa ameaça real, e que tem vindo a crescer, de que até mesmo a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio não seja cumprida. Para evitar que tal aconteça é necessária uma acção imediata. Os défices de água e saneamento não se resolvem com soluções pontuais. Os investimentos e as políticas actualmente em vigor levarão vários anos a produzir resultados à escala necessária. O tempo é um luxo a que os governos dos países em desenvolvimento e os países doadores de ajuda não se podem dar. Se as políticas e os investimentos não forem rapidamente implementados, será tarde de mais para a recuperação.

Os Capítulos 2 e 3 analisam mais pormenorizadamente algumas das políticas específicas necessárias para que a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e metas mais amplas relacionadas com a água e o saneamento estejam ao alcance. Aqui, o objectivo é concentrarmo-nos em algumas das políticas de base e abordagens mais vastas que se tornam necessárias em quatro áreas, que representam os pilares do progresso futuro:

- Direitos humanos.
- Estratégias nacionais.

- Ajuda internacional.
- Um plano de acção global para a água e o saneamento.

Reconhecer o direito humano à água e ao saneamento

O ponto de partida e o princípio unificador da acção pública para a água e o saneamento é o reconhecimento de que a água é um direito humano básico. Em 2002, o Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais da ONU adoptou um Comentário Geral sobre «o direito humano à água (...) para uso pessoal e doméstico», estabelecendo uma estrutura normativa não vinculativa em termos jurídicos para a «realização progressiva» do direito humano à água e saneamento.

Fazer com que esta estrutura dê frutos é agora o principal desafio da política pública. Uma característica central de uma abordagem baseada em direitos é que esta se alicerça nos princípios da igualdade, da universalidade e da não discriminação. A exclusão do acesso à água e aos serviços de saneamento com base na pobreza, capacidade de pagamento, adesão a determinados grupos ou local de habitação é uma violação do direito humano à água. Apesar da água ser um direito humano que os governos têm o dever de sustentar, muitos dos governos do mundo, tanto desenvolvido como em desenvolvimento, encontram-se bastante aquém das suas obrigações. Estão a violar em larga escala os direitos humanos dos seus cidadãos.

A nível nacional, a adesão a uma abordagem baseada em direitos exige o desenvolvimento de leis, políticas, procedimentos e instituições que conduzam progressivamente à realização do direito à água. O abastecimento de pelo menos 20 litros de água por dia a cada pessoa deve ser encarado como o objectivo mínimo para a satisfação do direito à água, cabendo às políticas o estabelecimento de estratégias de propriedade nacional para alcançar esta meta e referências para medir o progresso. É também crucial a implementação de mecanismos de rectificação e de responsabilização dos governos.

Uma das características de um direito humano é a universalidade. É aos governos nacionais que cabe o dever principal de cumprir a obrigação de fornecer água a todos — mas existem também responsabilidades globais. O Comentário Geral de 2002 reconheceu uma responsabilidade especial dos estados desenvolvidos de auxiliarem os países mais pobres através da «prestação de assistência técnica e financeira e da ajuda necessária».

Alguns comentadores vêem a aplicação da linguagem de direitos à água e a outros direitos sociais e económicos como um exemplo de «conversa retórica». Esta opinião está errada. É evidente que

declarar que a água é um direito humano não significa que a crise da água venha a ser resolvida em pouco tempo. Uma estrutura de direitos também não oferece respostas automáticas a complexas questões de política relativas ao preço, investimento e prestação do serviço. No entanto, os direitos humanos representam uma poderosa reivindicação moral. Podem também funcionar como fonte de legitimação e mobilização, criando expectativas e permitindo que as pessoas mais carenciadas ampliem os seus direitos através de canais jurídicos e políticos — e através da reivindicação dos recursos dos governos nacionais e da comunidade internacional.

Desenvolver estratégias nacionais fortes

O ponto de partida óbvio para um movimento em direcção ao acesso universal à água e saneamento é a vontade política, definida em termos gerais como a determinação de colocar a questão no centro da agenda nacional. Não é difícil identificar os obstáculos financeiros, tecnológicos e institucionais ao progresso, mas estes constituem frequentemente emanações de um mal-estar mais profundo — um défice de liderança política. O acesso à água salubre e saneamento é tão fundamental para o desenvolvimento humano e prosperidade nacional como a política económica, o comércio internacional, a saúde ou a educação. No entanto, a água e o saneamento são geralmente encarados como merecedores de reduzida atenção no quadro dos recursos financeiros e políticos.

A água e o saneamento não gozam de grande representatividade nas preocupações governamentais. Retirar a questão da água e do saneamento do espectro político e massificá-la constitui um ponto de partida para a mudança. A responsabilidade pelo abastecimento doméstico de água costuma estar dividida por vários ministérios que lidam com questões mais abrangentes, sendo a autoridade pela água e saneamento domésticos atribuída a responsáveis governamentais sem estatuto de ministro, no quadro de um mandato mais vasto (que vai do ambiente à habitação ou assuntos rurais). O saneamento está ainda mais afastado do centro do poder político. O estabelecimento de ministérios dedicados à água e ao saneamento, liderados por ministros, daria origem a uma estrutura política capaz de superar a fragmentação da política e a resultante sub-atribuição de recursos. Esta seria uma medida de tal forma relevante que o governo ganharia claramente a consciência de que a água e o saneamento se encontram entre as primeiras prioridades da política nacional.

À sub-representação política alia-se a estigmatização. Um saneamento inadequado pode levar à morte um elevado número de crianças, compromete-

ter a saúde pública, debilitar a dignidade humana e travar o crescimento económico, mas a questão está ligada a um estigma político cuja intensidade encontra paralelo no que rodeia o VIH/SIDA. Para ultrapassar aquele estigma e o puritanismo político em torno do saneamento será necessária uma liderança política nacional mais sólida.

Talvez um obstáculo ainda maior à mudança seja a interacção entre o estigma e a exclusão social. No que respeita ao VIH/SIDA, a natureza indiscriminada da doença, bem como o seu devastador impacto em pessoas de todos os estratos sociais nacionais, forçou os líderes políticos e os grupos de elevado rendimento a confrontarem os seus próprios preconceitos: a doença não tem respeitado as fronteiras sociais. No que respeita à água e saneamento, o cenário é bastante diferente. De uma forma esmagadora, os custos da exclusão são suportados pelos lares pobres, especialmente pelas mulheres. Se é verdade que alguns custos são suportados pelo conjunto da sociedade, são as pessoas que vivem em bairros degradados urbanos e em áreas rurais marginais que carregam o fardo mais pesado. São os filhos das pessoas mais carenciadas, e não das altas patentes militares e dos funcionários públicos de topo, que enfrentam o maior risco de morte prematura por diarreia. São as raparigas dos lares pobres que enfrentam a probabilidade mais elevada de não frequentar a escola.

A crise da água e do saneamento é, na sua esmagadora maioria, uma crise de grupos sociais marginalizados. Esta crise é vista de uma maneira geral — e incorrectamente — como um problema a circunscrever ou a tratar de forma progressiva e não como uma ameaça a toda a sociedade. Esta perspectiva é uma barreira tão grande ao progresso como as questões financeiras ou a tecnologia. Para alterá-la, os líderes políticos terão de colocar a desigualdade e a cidadania partilhada no centro das estratégias nacionais de desenvolvimento, e isto de uma forma como raramente se vê. As pessoas carenciadas e as mulheres terão também de ter uma voz mais forte entre os políticos e os fornecedores de água.

A baixa prioridade conferida à água e ao saneamento é visível a diversos níveis. Salvo algumas notáveis excepções, a água salubre raramente é uma questão de notoriedade nas eleições nacionais — e é difícil recordar um único caso em que o acesso a instalações sanitárias tenha sido uma das principais preocupações. A pressão por uma reforma radical tem-se evidenciado pela sua ausência. No seio do governo, a responsabilidade pelo abastecimento de água está frequentemente a cargo de um responsável sem estatuto de ministro e o saneamento, em geral, nem sequer merece qualquer representação ministerial.

As agendas nacionais de redução da pobreza reflectem a crescente negligência passiva da água e do saneamento. O sector raramente figura em lugar

A água e o saneamento não gozam de grande representatividade nas preocupações governamentais. Retirar a questão da água e do saneamento do espectro político e massificá-la constitui um ponto de partida para a mudança

As agendas nacionais de redução da pobreza reflectem a crescente negligência passiva da água e do saneamento

proeminente nos Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza (DERP) — os documentos que estabelecem os planos nacionais e definem os termos de cooperação entre doadores e receptores de ajuda. Numa análise de cinco países, foi encontrado apenas um caso — o do Uganda — de integração bem sucedida.⁶⁴ Na maioria dos DERP, a água e o saneamento, em contraste com a reforma macroeconómica, a educação e a saúde, são tratados de forma depreciativa, não merecendo mais do que alguns parágrafos descritivos e declarações de princípio gerais, sem a mínima semelhança com uma agenda de reforma estratégica ou de prestações financeiras. A fraqueza dos DERP reflecte, por sua vez, o reduzido interesse dos doadores na água e no saneamento.

As afectações orçamentais reforçam o cenário de negligência. Poucos investimentos públicos contribuem mais para o aumento da segurança humana ou para a criação de prosperidade do que os investimentos na água e no saneamento. A água limpa e as instalações sanitárias encontram-se entre as intervenções de saúde mais potentes que o governo pode empreender, rivalizando com a vacinação em termos de potenciais benefícios. Tal como a despesa de saúde ou de educação, a despesa pública em água e saneamento cria benefícios tanto para os indivíduos como para a sociedade. Gera também bens públicos de âmbito

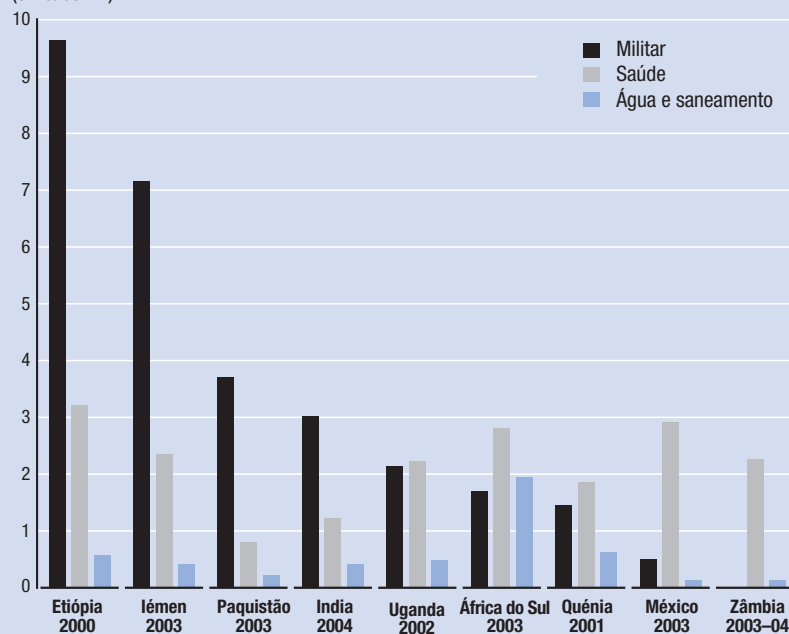
mais vasto, como uma maior igualdade de género e menores desigualdades de oportunidade. Há sempre solicitações concorrentes na despesa pública, mas os elevados retornos sociais e económicos dos investimentos na água e no saneamento sugerem que estes deveriam ser uma prioridade e não uma preocupação secundária do orçamento.

Os padrões da despesa nacional falam por si. É difícil apurar a despesa pública real na água e no saneamento devido, por um lado, à fragmentação do financiamento entre ministérios, por outro, à descentralização e, por outro ainda, ao facto do financiamento dos doadores frequentemente não figurar no orçamento. Contudo, o total da despesa pública no sector representa geralmente menos de 0,5% do PIB, caindo para 0,1% no Paquistão e na Zâmbia (figura 1.22). Considerando todo o sector, a despesa em saneamento é geralmente muito menor do que a destinada à água. O investimento no saneamento representa em média 12% a 15% do total na África Subsariana e na Ásia. A despesa global é baixa não apenas relativamente ao rendimento nacional, mas também a outras áreas de despesa social, como a saúde pública. Quando comparada com a despesa militar, a diferença atinge proporções bastante elevadas. A Índia, por exemplo, gasta oito vezes mais da sua riqueza nacional em orçamentos militares do que em água e saneamento. O Paquistão gasta 47 vezes mais. Na África Subsariana, os baixos rendimentos médios restringem claramente a capacidade da despesa pública. Simultaneamente, a Etiópia, um dos países mais pobres do mundo, com algumas das taxas de cobertura mais baixas (e algumas das taxas de mortalidade infantil por diarreia mais elevadas) ainda consegue mobilizar um orçamento militar superior em quase dez vezes ao da água e saneamento. A África do Sul é um dos poucos países que gasta menos na área militar do que na água e no saneamento.

As prioridades orçamentais levantam algumas questões importantes sobre a despesa pública. Todos os países encaram a segurança e a defesa nacionais como prioridades. Mas, do ponto de vista da segurança humana, é difícil escapar à conclusão de que a água e o saneamento se encontram subfinanciados relativamente à despesa militar. A diarreia ceifa cerca de 450.000 vidas por ano na Índia — mais do que em qualquer outro país — e 118.000 no Paquistão. Ambos os países contam com taxas de mortalidade por diarreia muito mais elevadas do que se poderia prever com base nos seus rendimentos médios. O Paquistão classifica-se 28 lugares mais acima no quadro da liga global de mortalidade por diarreia do que no do PIB per capita e a Índia classifica-se 14 lugares mais acima. Naturalmente, estão em jogo diversos factores, mas os baixos níveis de despesa na água e no saneamento têm certamente o seu contributo.

Figura 1.22 Água: uma baixa prioridade em muitos orçamentos

Despesas do governo no domínio militar, da saúde, da água e do saneamento (em % do PIB)



Fonte: Etiópia, Quênia e África do Sul, WSP 2003; Iémen, Iémen 2002; Paquistão, Paquistão 2004; Índia, Nayyar e Singh 2006; Uganda, Slaymaker e Newborne 2004; México, INEGI 2006a; Zâmbia, Zâmbia 2004b.

Os últimos anos testemunharam alguns desenvolvimentos encorajadores nos orçamentos destinados à água e ao saneamento. Começando a reconhecer a importância vital dos progressos nesta área, muitos governos elevaram a despesa no quadro de estratégias nacionais para alcançar — ou ultrapassar — o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. O Uganda aumentou rapidamente a despesa pública em água e saneamento, tanto em percentagem do RNB — de 0,1% em 1997 para 0,4% em 2002 (prevendo-se 0,7% para 2004) —, como em termos absolutos devido a um elevado crescimento.⁶⁵ Na Índia, a despesa do governo central no saneamento rural quadruplicou relativamente a 2002, ao passo que a despesa no abastecimento de água rural duplicou. A despesa pública foi identificada como uma prioridade para alcançar um crescimento generalizado e um desenvolvimento humano acelerado. Representando cerca de 0,41% do RNB em 2005/2006, a despesa cresceu cerca de 30% face ao período de 2002/2003. A maior parte do aumento foi contemplada pelo orçamento nacional, tendo-se verificado restrições na despesa estadual devido a enormes défices fiscais e, nalguns dos estados em maiores dificuldades, decisões de afectação questionáveis.

A orçamentação nacional é uma das principais componentes de qualquer estratégia para alcançar progressos na água e no saneamento. Sem fluxos de capitais previsíveis, o estabelecimento de metas ou a adopção de objectivos pode transformar-se num exercício sem sentido. Uma das características dos países que apresentam um progresso sustentado é o envolvimento político apoiado por compromissos orçamentais reais. O capital político é tão importante como o financeiro. E estabelecer a água como um direito humano pode ser encarado como uma forma de investimento capital político — mas tem de significar algo mais do que a mera adopção de um princípio vago. Muito frequentemente, os governos adoptam a linguagem dos direitos humanos sem adoptar uma estrutura política para o seu cumprimento.

Existem excepções. Na África do Sul, a água já foi um símbolo da desigualdade do apartheid. Agora é tratada como um direito humano básico. Não se trata de um aspecto único em si mesmo. Mais de 90 países têm o direito à água nas suas constituições.⁶⁶ Mas, de uma maneira geral, esta tem sido uma questão de profunda irrelevância para os seus cidadãos. A disposição constitucional não tem sido apoiada por uma estratégia coerente para o alargamento do acesso à água. Mas a África do Sul demonstrou como o direito humano à água pode funcionar como um mecanismo de legitimação e um guia para a política. A reforma da água com base em direitos permitiu-lhe alargar o acesso e ultrapassar o legado de desigualdade racial herdado do apartheid, em parte através de direitos baseados

em titularidades (caixa 1.6). As histórias nacionais de sucesso no saneamento são menos significativas. Contudo, mesmo aqui, verificam-se alguns poderosos efeitos de demonstração. Países tão distintos como o Bangladesh, o Brasil, o Lesoto e a Tailândia superaram restrições financeiras e tecnológicas ao progresso através de estratégias nacionais ousadas e inovadoras (ver capítulo 3).

Em muitos países, os progressos na água e no saneamento foram dinamizados a partir de baixo. O poder local e municipal e os prestadores de serviços desenvolveram estratégias práticas para lidar com as desigualdades no acesso. As comunidades não esperaram passivamente pela ajuda governamental. As pessoas carenciadas nos meios rurais, as organizações de mulheres e as associações de moradores de bairros degradados urbanos mobilizaram os seus próprios recursos. Nalguns casos, aquela mobilização deparou-se com indiferença ou mesmo hostilidade. Noutros, emergiram novas parcerias entre os governos e o povo, com as iniciativas da comunidade a ganhar escala.

Um bom exemplo é o da Índia. No início dos anos 90, a Federação Nacional de Moradores de Bairros Degradados; a Mahila Milan, uma rede de grupos de poupança e crédito formada por mulheres residentes em bairros degradados; e a Sociedade para a Promoção de Centros de Recursos Regionais (SPARC), uma organização não governamental com sede em Bombaim, foram pioneiras na criação de novos projectos para instalações sanitárias públicas para reduzir a poluição por excrementos nos bairros degradados e oferecer maior privacidade às mulheres. No final da década, Pune, uma cidade com mais de dois milhões de habitantes, adoptou este modelo, tendo as autoridades locais trabalhado com as três organizações pioneiras para identificar necessidades e mobilizar as comunidades. Este tipo de mobilização comunitária apoiada por acções governamentais constitui uma poderosa força para a mudança.

Estes exemplos demonstram que é possível um progresso rápido. Por mais assustador que o desafio possa parecer, os governos e o povo já demonstraram que a pobreza e o baixo rendimento são obstáculos que podem ser ultrapassados. O problema é que o progresso tem sido parcial e gradual. Os pequenos focos de sucesso mostram o que é possível — mas também revelam as falhas que perpetuam défices enormes na água e no saneamento.

Cada país tem de delinear o seu próprio percurso político para ultrapassar estes défices. Os países mais pobres com uma baixa cobertura enfrentam restrições diferentes das dos países de médio rendimento com uma cobertura mais elevada, uma infra-estrutura mais extensa e mais recursos. No entanto, é possível identificar uma estrutura indicativa para a acção. Esta estrutura assenta em cinco pilares:

Uma das características dos países que apresentam um progresso sustentado é o envolvimento político apoiado por compromissos orçamentais reais

O acesso à água foi uma das divisões raciais definidoras da África do Sul do apartheid. Desde que o apartheid chegou ao fim, uma estrutura legislativa baseada em direitos e políticas públicas destinadas a alargar o acesso à água legitimaram as comunidades locais e reduziram as desigualdades. Esta tarefa ainda não se está concluída — mas há importantes lições a retirar para outros países.

Inquéritos realizados antes das eleições de 1994, que marcaram o fim do apartheid, demonstraram que o acesso a serviços básicos, em conjunto com o emprego, era a principal expectativa do povo relativamente ao governo a eleger. A Constituição de 1996 incluiu uma Carta de Direitos que preservava «o direito à água e alimentação adequadas». Este direito constitucional recebeu conteúdo legislativo no quadro da Lei de Serviços de Água (1997) e da Lei Nacional da Água (1998). Entre as principais disposições contam-se as seguintes:

- Metas a médio prazo claramente definidas para fornecer 50 a 60 litros de água salubre a todos os lares, em conjunto com um saneamento adequado a todos os lares urbanos e a 75% dos lares em meios rurais.
- Tarifas subsidiadas para garantir que todos os sul-africanos possam pagar serviços de água suficientes para uma saúde e higiene adequadas. O governo recorreu aos seus poderes regulatórios para exigir que todos os municípios fornecessem um mínimo básico de 25 litros gratuitos a cada lar. O objectivo é fornecer o acesso a um serviço básico e gratuito de água para todos até 2008, encontrando-se cada lar a um máximo de 200 metros de uma fonte de água.
- Tarifas escalonadas que proporcionem uma subsídição cruzada entre utilizadores de elevado volume e utilizadores de baixo volume.
- Transferências equitativas de quotas que levam em consideração o número de pessoas carenciadas em cada município numa fórmula de transferências fiscais.

A nova estrutura política alcançou avanços importantes. Desde 1994 que 10 milhões de pessoas receberam acesso a água salubre, tendo as taxas de cobertura aumentado de 60% para 86%. Cerca de 31 milhões de pessoas recebem agora um serviço básico e gratuito de água.

A legitimação tem sido um aspecto menos tangível, mas importante, da reforma. O Departamento de Assuntos da Água oferece uma estrutura reguladora nacional, mas a responsabilidade pela implementação foi transferida para o poder local. A regulação coloca as obrigações nas mãos dos fornecedores municipais e nas autoridades locais eleitas e confere aos utilizadores uma titularidade baseada em direitos para exigir que estas obrigações sejam cumpridas. Por outro lado, as empresas municipais de abastecimento de água têm de publicar informações pormenorizadas sobre o abastecimento de água por distrito, divididas por utilizadores carenciados e não carenciados.

À medida que as reformas foram sendo implementadas, suscitaram um debate público sobre a projecção e a implementação. Alguns argumentam que o limiar de 25 litros para um serviço básico e gratuito de água é demasiadamente baixo. O abastecimento em algumas zonas tem-se mostrado errático, forçando os lares a recolher água em locais mais remotos. Além disso, as políticas de preços do governo conduziram a cancelamentos do abastecimento por falta de pagamento em algumas zonas, aumentando as preocupações sobre a capacidade de pagamento.

O progresso no saneamento foi menos significativo do que na água. Há ainda 16 milhões de pessoas — um terço dos sul-africanos — sem acesso a saneamento básico. A ausência de um consenso face a um nível de saneamento básico e aceitável, aliado a problemas na geração de procura, tem contribuído para o fracasso.

A experiência sul-africana coloca em destaque três ingredientes vitais da política para o progresso: um plano nacional claro com metas bem definidas, um forte quadro regulamentar nacional delegada às autoridades locais e uma monitorização constante do desempenho e do progresso.

Fonte: Muller 2006; Sinanovic e outros 2005.

1. Planeamento nacional. Cada país deve ter um plano nacional para a água e o saneamento, integrado em estratégias nacionais de redução da pobreza e reflectido em estruturas de financiamento a médio prazo e prioridades orçamentais. Não há receitas globais para um planeamento bem sucedido. No entanto, entre os ingredientes contam-se objectivos claros apoiados por um financiamento adequado e o desenvolvimento de estruturas de abastecimento

que legitimam o poder local, não deixando de criar responsabilidade perante as comunidades. O desempenho tem sido variável — mas existem sinais de progresso. Uma maior igualdade é vital para o progresso. A maioria dos países não alcançará o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e objectivos mais generalizados simplesmente através da expansão da infra-estrutura. Necessitam também de abordar a distribuição desigual do acesso à água e saneamento

relacionada com a riqueza, localização, género e outros factores. Cada plano nacional deve, consequentemente, incluir tanto indicadores de referência para medir o progresso global como indicadores para a redução das desigualdades. Entre as medidas tendentes a envolver um maior compromisso com a igualdade nas estratégias nacionais, contam-se:

- *Estabelecer níveis de abastecimento social mínimos.* Cada pessoa tem o direito humano a um mínimo de cerca de 20 litros de água por dia, independentemente da riqueza, localização, género ou grupo racial, étnico ou outro. Todos os planos nacionais devem incluir políticas para satisfazer o mínimo social e referências para medir o progresso.
- *Rever as referências do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio relativas à desigualdade.* Os direitos básicos de cidadania e as considerações de justiça social exigem igualdade no abastecimento de água para necessidades básicas. Ultrapassar a desigualdade deve ser encarado como parte integrante das políticas nacionais de água. A actual estrutura do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio concentra-se em reduzir a metade a percentagem de populações nacionais sem acesso a água e saneamento. Este objectivo deve ser complementado por objectivos para reduzir a metade a lacuna nas taxas de cobertura de água e saneamento entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres até 2010, cabendo aos governos a apresentação de relatórios sobre estratégias para alcançar os objectivos e os seus resultados.
- *Reforçar o tratamento da desigualdade nos Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza.* Todos os Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza devem incluir objectivos e estratégias para diminuir as disparidades extremas no abastecimento de água e saneamento, com uma atenção especial às desigualdades baseadas na riqueza, localização e género.
- *Adoptar regulações e formas de contratação favoráveis aos pobres.* Todos os fornecedores de água devem obedecer a objectivos de desempenho na igualdade, estipulando objectivos para alargar o acesso aos lares pobres. Os objectivos devem incluir indicadores claros para alargar o abastecimento a comunidades urbanas e rurais sem cobertura, a expansão do abastecimento por fonte públicas em bairros degradados e o abastecimento de água, gratuito ou a baixo custo, a lares de baixo rendimento. Os contratos concebidos por parcerias público-privadas devem incluir objectivos nestas áreas, publicamente divulgados, monitorização por um organismo regulador independente e penalidades por resultados aquém dos objectivos (ver Capítulo 2).

2. *Financiamento do sistema.* Os planos nacionais têm de incluir estimativas claras de financiamento para atingir as suas metas. Todo o financiamento provém, em última análise, dos orçamentos governamentais (uma categoria que inclui a ajuda) ou dos utilizadores. A divisão adequada entre os dois varia. Em países de baixo rendimento com uma cobertura limitada e elevados níveis de pobreza, um indicador de referência é uma despesa pública em água e saneamento de cerca de 1% do PIB (dependendo do rendimento per capita e do rácio entre as receitas e o PIB), com uma soma equivalente proporcionada pela recuperação de custos e pelas contribuições da comunidade. As referências para os países de médio rendimento são mais variáveis, embora a capacidade de recuperação de custos cresça com o rendimento médio. Devido ao facto da infra-estrutura de água e saneamento exigir investimentos iniciais significativos, provindo os retornos do investimento em divisas locais durante um longo período, as estratégias para mobilização de recursos nos mercados locais de capitais podem ajudar a disseminar os custos.

3. *Expansão do acesso às pessoas sem serviço.* O desafio principal e imediato tanto na água como no saneamento é alargar o acesso e melhorar a qualidade para as pessoas sem serviço ou mal servidas. Os últimos capítulos delinham algumas das estratégias que funcionaram e produziram resultados práticos, embora as mesmas políticas possam produzir resultados diferentes em ambientes diferentes. Um pacote de expansão favorável aos pobres inclui:

- *Tarifas subsidiadas* que proporcionam água gratuita até um determinado limite aos lares pobres, tal como foi desenvolvido na África do Sul.
- *Subsídios cruzados* que transferem recursos dos lares de rendimentos mais elevados para os de menores rendimentos através do sistema de preços dos serviços de abastecimento público ou de transferências fiscais dirigidas a alvos específicos, tal como acontece no Chile e na Colômbia. Na utilização dos subsídios, estes devem estabelecer alvos de forma a garantir que as pessoas que não são pobres paguem uma proporção mais elevada do custo de prestação dos serviços do que o valor actual na maioria dos países.
- *Medidas de recuperação de custos sustentáveis e equitativas.* Os prestadores de serviços devem estabelecer tarifas para cobrir custos recorrentes, cabendo às finanças públicas a cobertura dos custos de capital para a expansão da rede. Mas a acessibilidade dos preços é uma das condições cruciais para a igualdade. Em regra, nenhum lar deveria gastar mais de 3% do seu rendimento em água e saneamento.

Cada pessoa tem o direito humano a um mínimo de cerca de 20 litros de água por dia, independentemente da riqueza, localização, género ou grupo racial, étnico ou outro

1

Por fim à crise no sector da água e do saneamento básico

Os governos têm a responsabilidade de assegurar que os fornecedores e os mercados sejam governados para evitar o abuso de poder monopolista e proporcionar água e saneamento seguros, fiáveis e a preços acessíveis às pessoas mais carenciadas

- *Estratégias de apoio à procura de água e saneamento pelos lares mais pobres.* As estratégias devem levar em conta o facto de que as pessoas sem acesso à água vivem esmagadoramente abaixo do limiar de pobreza extrema, ao passo que o défice de saneamento atravessa a faixa abaixo do limiar de pobreza extrema e chega até níveis superiores de rendimento, em que os lares têm maior capacidade de financiar o abastecimento.

4. *Aumento de escala das iniciativas que emanam a partir da base.* A distinção entre iniciativas que emanam do topo para a base e, ao contrário, da base para o topo é frequentemente alvo de uma importância exagerada. O progresso depende dos governos fazerem aquilo que é suposto fazerem: criar um ambiente encorajador, mobilizar recursos e estabelecer uma estrutura política nacional clara. Mas na água e no saneamento, tal como na maioria das áreas, os governos funcionam melhor quando trabalham em parcerias que tiram partido da energia, orientação e inovação a nível da comunidade — e quando ouvem o povo. As parcerias baseadas na participação real criam o potencial para o rápido aumento de escala de histórias de sucesso locais.

5. *Regulação para o desenvolvimento humano.* A prestação do serviço de água e saneamento implica um vasto leque de fornecedores e estende-se ao longo de mercados complexos. Os governos têm a responsabilidade de assegurar que os fornecedores e os mercados sejam governados para evitar o abuso de poder monopolista e proporcionar água e saneamento seguros, fiáveis e a preços acessíveis às pessoas mais carenciadas. Um dos problemas que se prende com as actuais estruturas reguladoras é que o seu alcance não se estende para além dos fornecedores formais de larga escala.

A agenda é bastante ampla. Vai além da mera preocupação com a propriedade público-privada que tem dominado os debates sobre a água e o saneamento. Se estes debates têm destacado preocupações importantes, também têm desviado a atenção de importantes questões da política pública. Em última análise, a água é um direito humano — e os governos são os detentores do dever de alargar esse direito. Os organismos públicos são também os principais fornecedores e financiadores do abastecimento de água na maioria dos países. No entanto, o financiamento, fornecimento e regulação dos serviços de água e saneamento colocam difíceis desafios de política pública que não podem ser resolvidos pela simples reivindicação de que a água é

um direito humano ou pelo debate entre operadores públicos e privados, questões que voltam a ser abordadas nos capítulos 2 e 3.

Ampliar a ajuda internacional à água e saneamento

Os debates internacionais sobre o desenvolvimento bloqueiam frequentemente numa discussão inútil sobre qual o aspecto mais importante para o progresso do desenvolvimento humano, se o dinheiro, se a reforma política.⁶⁷ A realidade é que ambos são essenciais. É evidente que o dinheiro por si só não pode resolver problemas na prestação do serviço, especialmente aqueles que resultam de más políticas, mas pode ajudar a atenuar restrições e a apoiar boas políticas. Na água e no saneamento, tal como noutras áreas, o progresso depende em última análise das acções dos próprios países em desenvolvimento — mas a ajuda tem um papel fundamental. Num grande grupo de países de baixo rendimento, a mobilização de recursos nacionais é demasiado limitada pela pobreza e por rendimentos médios baixos para financiar investimentos à escala necessária. Os investimentos financiados pela ajuda podem ajudar a libertar os elevados retornos para o desenvolvimento humano através da redução dos condicionantes financeiros sobre os governos e os lares pobres.

A África Subsariana é o exemplo mais significativo da importância da ajuda para a concretização do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio da água e do saneamento e de outros, de âmbito mais vasto. As estimativas dos vários países sugerem que alcançar a meta 10 exigirá investimentos anuais ao longo da próxima década de cerca de 2,7% do PIB, ou seja, sete mil milhões de dólares por ano.⁶⁸ A análise orçamental dos vários países indica que a despesa corrente é de cerca de 0,3% do PIB, o que equivale a 800 milhões de dólares por ano. Não há estimativas fiáveis relativamente aos vários países de receitas de fontes domésticas e de serviços de abastecimento públicos. Mas a recuperação de custos por parte dos prestadores de serviços e a mobilização de recursos financeiros pelas comunidades para financiar o abastecimento de água iria provavelmente aumentar a despesa corrente total para 1% do PIB, ou seja, 2,5 mil milhões de dólares.

Com base no pressuposto optimista de que a despesa pública na água e no saneamento e a partilha de custos poderiam ser elevados para 1,6% do PIB, continuaria a persistir uma lacuna de financiamento de 2,9 mil milhões de dólares por ano. Os fluxos de ajuda cobrem actualmente parte da lacuna de financiamento, oferecendo uma média de cerca de 830 milhões de dólares anualmente. Mas o défice de financiamento para cumprir os requisitos míni-

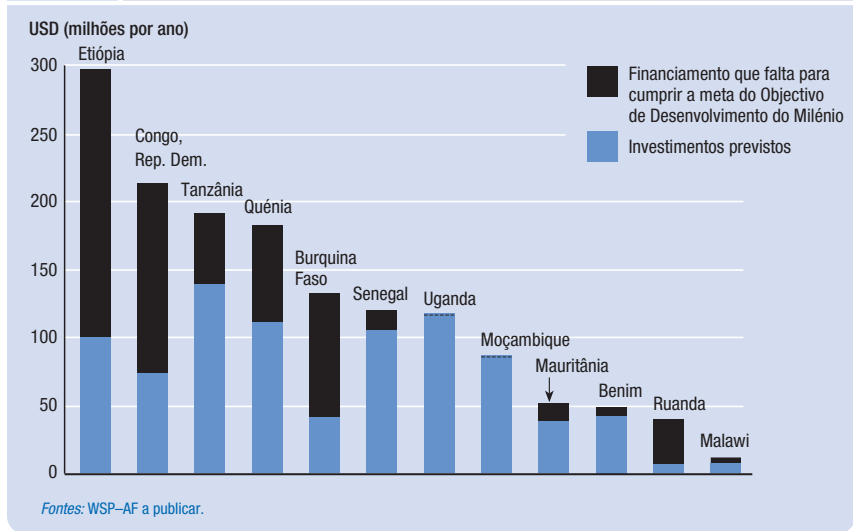
mos de acesso do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio ascende ainda a dois mil milhões de dólares por ano. A tentativa de colmatar esta lacuna através da recuperação de custos colocaria os serviços de água e saneamento fora do alcance precisamente das pessoas que necessitam do serviço para alcançar a meta. Estimativas recentes relativas aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio apontam para uma enorme lacuna entre os requisitos de financiamento e os fundos reais para muitos países da África Subsariana (figura 1.23). A menos de uma década de 2015, colmatar aquela lacuna constitui uma prioridade urgente devido ao atraso entre o investimento e a cobertura ampliada.

A maioria dos doadores reconhece a importância vital da água e do saneamento para o desenvolvimento humano. Mas os fluxos de ajuda têm uma história pouco encorajadora. Exceptuando o enorme aumento na ajuda ao desenvolvimento no Iraque, a ajuda ao desenvolvimento total para a água ascendeu a 3,4 mil milhões de dólares em 2004.⁶⁹ Em termos reais, os níveis de ajuda actuais encontram-se mais baixos do que em 1997, em significativo contraste com a educação, em que a ajuda duplicou ao longo do mesmo período, ou com a saúde. A ajuda destinada à água e ao saneamento também declinou em percentagem do total da ajuda ao desenvolvimento — de 8% para 5%. E os fluxos internacionais de ajuda para o sector foram marcados por grandes variações, o que aponta para a imprevisibilidade do financiamento. É verdade que há muitas solicitações que concorrem pela ajuda. Mas a comunidade de doadores há muito que reconheceu a importância da água e do saneamento para uma ampla gama de objectivos de desenvolvimento, pelo que estas são tendências preocupantes.

Os doadores variam enormemente nos seus compromissos para com a água e o saneamento. O Japão é, de longe, o maior doador bilateral, contribuindo com uma média de 850 milhões de dólares em 2003-04 (figura 1.24). Este número representa mais de um quinto de toda a ajuda para o sector da água e do saneamento. Os doadores multilaterais representam agora cerca de um terço dos fluxos de ajuda, face a 20% há cinco anos, liderados pelos empréstimos suaves da Associação Internacional para o Desenvolvimento do Banco Mundial e pela União Europeia. O desvio em direcção à ajuda multilateral tem sido importante para o financiamento do Objectivo do Desenvolvimento do Milénio porque se concentra mais em países de baixo rendimento e na África Subsariana do que na ajuda bilateral.

Para além dos números, os doadores variam imenso no que respeita a parcela de ajuda atribuída à água e ao saneamento. Por exemplo, no seio do Grupo dos Oito, a Alemanha e o Japão investem mais de 6% da ajuda total neste sector, ao passo que

Figura 1.23 O investimento público em água e saneamento é insuficiente para alcançar a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio em muitos países

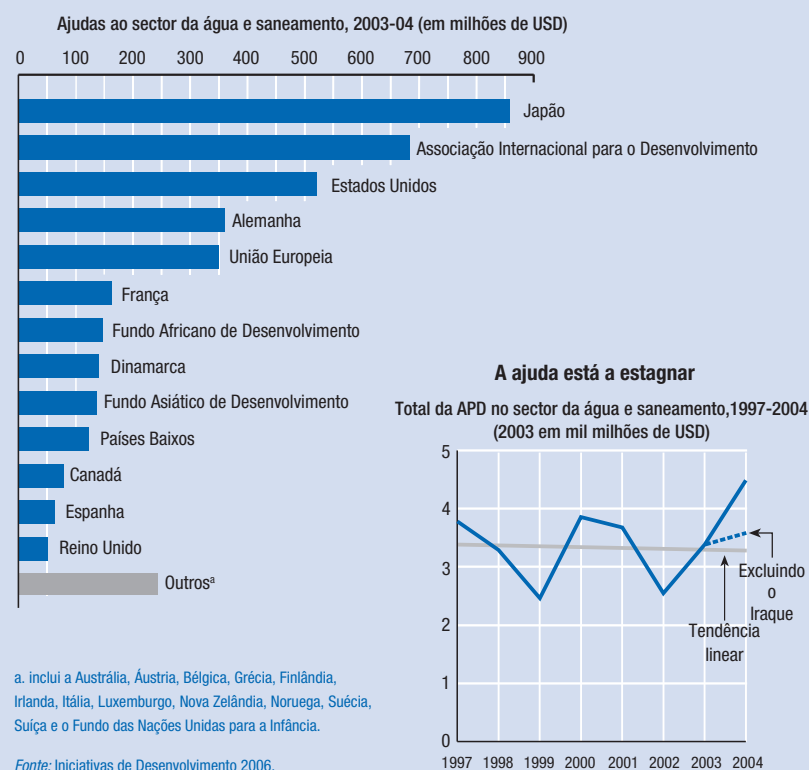


a Itália, o Reino Unido e os Estados Unidos investem menos de 3% ou menos (figura 1.25).

A distribuição dos fluxos de ajuda é importante para ultrapassar os condicionantes financeiros. Também aqui há motivo para preocupações. Os fluxos de ajuda encontram-se fortemente concentrados: apenas 20 países respondem por cerca de três quartos da ajuda total. Os 10 maiores receptores de ajuda bilateral recebem dois terços dos desembolsos totais. Quatro destes países têm rendimentos médios baixos. A África Subsariana, a região que enfrenta a maior lacuna financeira e os maiores défices de água e saneamento, recebe apenas cerca de um quinto da ajuda. Tal como a despesa governamental em água e saneamento, os fluxos de ajuda são desviados em direcção às populações urbanas. O financiamento em larga escala da infra-estrutura de água e saneamento responde por cerca de metade do total da ajuda ao sector, indicando uma forte distorção no sector urbano.

É necessária cautela na avaliação das actuais afectações da ajuda. Encaradas pelo prisma do desenvolvimento humano, associações simples entre a ajuda e os países de rendimento baixo podem induzir em erro. Os países de rendimento médio mais baixo, como Marrocos, África do Sul e Tunísia, são grandes receptores de ajuda em água e saneamento — e cada um deles enfrenta grandes problemas que justificam apoio externo. O mesmo vale para países de baixo rendimento como a China, a Índia e o Vietname, todos eles com lugar de destaque na afectação da ajuda bilateral. O crescimento da ajuda à África Subsariana não deve ser efectuado à custa de reivindicações legítimas de outras fontes. De igual modo, é importante evitar distinções simplistas entre infra-estruturas de pequena e de larga escala. Existem ar-

Figura 1.24 O compromisso dos doadores é bastante variável — e o financiamento é imprevisível



gumentos fortes em termos de desenvolvimento para o apoio de infra-estruturas de água e saneamento de larga escala enquanto parte de uma estratégia global do sector: o desenvolvimento de instalações de tratamento de águas residuais e de redes de água e saneamento não são luxos do desenvolvimento.

Também a pequena parcela de ajuda atribuída à África Subariana não pode ser exclusivamente atribuída a predisposições do doador. Muitos governos africanos não conseguiram fazer do sector uma prioridade ou lidar com velhos problemas de fragmentação institucional. Em muitos países, uma fraca interacção entre governos e doadores contribui para a marginalização da água e do saneamento. Os doadores exprimem frequentemente as suas preferências estabelecendo as prioridades da despesa em áreas com fortes planos sectoriais ou com abordagens à escala do sector. Que estão cronicamente subdesenvolvidos na água e no saneamento, o que cria desincentivos ao envolvimento dos doadores. Por seu turno, um reduzido apoio dos doadores restringe o potencial para o desenvolvimento de abordagens à escala do sector, criando um círculo vicioso de fraco planeamento e de subfinanciamento.

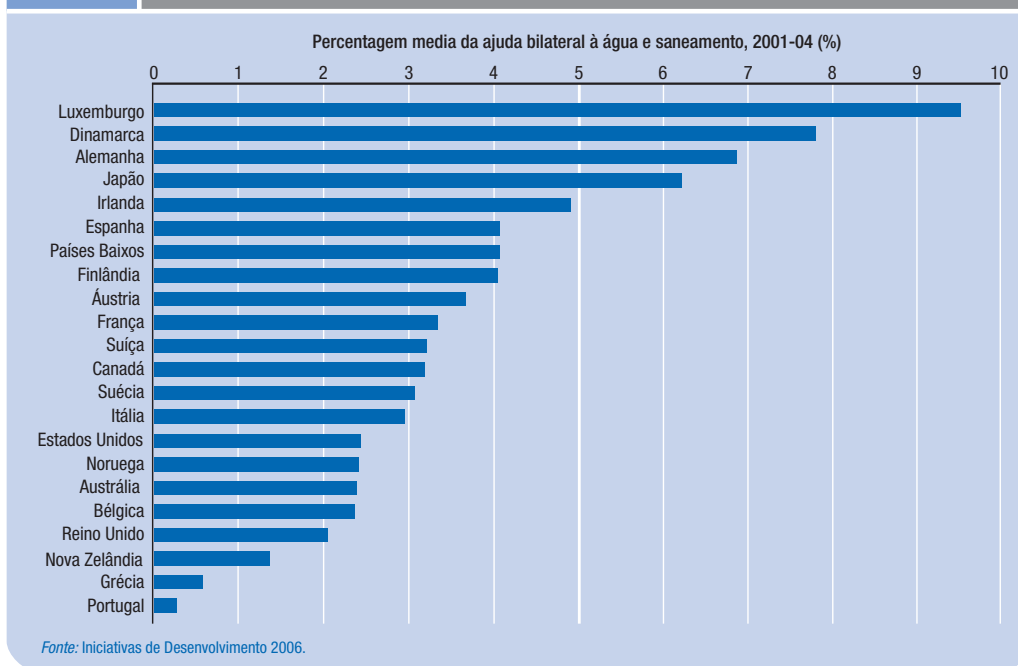
Para o financiamento global do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio, os actuais padrões de ajuda ao desenvolvimento padecem de duas li-

mitações. A mais visível é o enorme défice de ajuda relativamente a requisitos de financiamento. Como indicador geral, os fluxos de ajuda para a água e o saneamento terão de aumentar em cerca de 3,6 a 4 mil milhões de dólares por ano para que o objectivo passe a estar ao alcance, para além de mais 2 mil milhões de dólares designados à África Subariana. Esta é uma prioridade imediata. Sem mais ajuda, muitos governos não disporão da base de receitas para efectuar os investimentos iniciais necessários para colocar o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio ao alcance. E as reformas da política e os investimentos na água e no saneamento levam um tempo considerável a produzir resultados.

O segundo problema é que os recursos da ajuda são inevitavelmente desviados em direcção a países com uma forte presença de doadores — mais especificamente, em direcção a países com uma massa crítica de doadores que dão prioridade à água e ao saneamento. Trata-se de um resultado que não surpreende e que é bastante importante. Os países nos quais o Japão é um parceiro importante têm maior probabilidade de assegurar ajuda para a água e saneamento. A consequência é que as boas políticas nem sempre são apoiadas por ajuda suficiente para a água e saneamento em países em que os doadores revelam um fraco compromisso com o sector. Se muitos factores determinam a afectação da ajuda, é difícil escapar à conclusão de que muitos países se debatem com uma disparidade entre as necessidades nacionais de financiamento e os fluxos de ajuda. Em 2004, o Gana e a Tunísia receberam cada um 88 dólares em ajuda para cada pessoa sem acesso a uma fonte de água melhorada; o Burquina Faso e Moçambique receberam 2 dólares por pessoa. A África do Sul recebeu 11 dólares; o Chade e a Nigéria receberam entre 3 e 4 dólares.

Os que exprimem pessimismo em relação à ajuda questionam o papel da ajuda ao desenvolvimento na promoção do desenvolvimento humano. Aquele pessimismo é infundado. A ajuda internacional ao desenvolvimento tem sido essencial no apoio ao progresso no acesso à água em países como o Gana, a África do Sul e o Uganda — e continua a apoiar o progresso em direcção ao saneamento para todos no Bangladeche e no Lesoto. Para milhões de pessoas dos países mais pobres do mundo a ajuda tem feito uma enorme diferença. Tal não significa que não se possa fazer mais, tanto pelos doadores como pelos receptores de ajuda, para aumentar a eficácia da ajuda ao desenvolvimento. Uma fraca coordenação entre os doadores, uma preferência, nalguns casos, para operar através de projectos e não de programas governamentais, e a ajuda ligada diminuem o impacto da ajuda ao desenvolvimento e elevam os custos transaccionais para os governos dos países em desenvolvimento. Ao mesmo tempo, o fracasso de

Figura 1.25 Alguns doadores dão mais prioridade à água e ao saneamento do que outros



alguns governos em assegurar que os resultados do orçamento reflectissem compromissos planeados, fez com que muitos doadores hesitassem em aumentar a ajuda aos programas. Mas num vasto grupo de países a qualidade da ajuda está a melhorar, à medida que as políticas nacionais se tornam mais eficazes.

Outro motivo para optimismo reside no ímpeto subjacente às parcerias internacionais para a ajuda desenvolvidas deste o lançamento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A cimeira de Gleneagles do Grupo dos Oito (G8), realizada em 2005, comprometeu-se a duplicar a ajuda até 2010 — compromisso que se traduz num valor extra de 50 mil milhões de dólares, metade dos quais destinados à África Subsariana. Foram desenvolvidos mecanismos inovadores para concentrar os custos no início do período da ajuda ao desenvolvimento através de desembolsos pré-financiados orçamentados contra futuros fluxos de ajuda. Em vista da intensidade de capital dos investimentos na água, da necessidade de concentrar os custos no início do período de ajuda e do longo prazo de implementação dos planos de água e saneamento, é importante mobilizar um aumento inicial nos desembolsos de ajuda — e pré-financiar os desembolsos orçamentados para períodos posteriores.

Os países ricos financiaram a sua revolução na água e no saneamento há mais de um século recorrendo a uma ampla gama de novos mecanismos de financiamento, incluindo obrigações municipais que disseminam os custos durante um longo período. No mundo globalizado do início do século XXI, é im-

portante que as novas parcerias para a ajuda desenvolvidas em torno dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio alarguem as mesmas oportunidades aos países mais pobres do mundo. O Mecanismo de Financiamento Internacional proposto pelo ministro das Finanças britânico, Gordon Brown, é um exemplo (ver contributo especial).

Para além da ajuda, muitos países necessitarão de mobilizar um vasto volume de financiamento nos mercados de capitais internos. Nalguns casos, aqueles mercados são limitados e os riscos perceptíveis associados às obrigações emitidas pelos municípios ou prestadores de serviços podem elevar as taxas de juro a níveis proibitivos. Esta é uma área em que as políticas nacionais e uma regulação eficaz do mercado de capitais são críticas. Os países desenvolvidos e as instituições financeiras multilaterais podem apoiar os esforços nacionais através de medidas destinadas a reduzir o risco e a baixar os custos dos empréstimos, bem como as garantias ao crédito (ver Capítulo 2).

Construir a parceria global — argumentos em prol de um plano internacional de acção global para a água e o saneamento

Um planeamento nacional sólido é a base de um movimento acelerado em direcção à meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e — em última análise — ao acesso universal à água e ao saneamento. A mobilização de recursos nacionais, o desenvolvi-

Um planeamento nacional sólido é a base de um movimento acelerado em direcção à meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e — em última análise — ao acesso universal à água e ao saneamento

mento de instituições eficientes, responsáveis e com capacidade de resposta, e a implementação de estratégias para superar as desigualdades são alicerces do progresso em todos os países. Mas em alguns países não são suficientes. Por isso a ajuda é tão importante. Em termos mais amplo, o planeamento nacional e as iniciativas internacionais de ajuda poderiam beneficiar de um plano de acção global mais vasto para a água e o saneamento.

A justificação para a existência de tal plano enraíza-se, por um lado, no estatuto marginal da água e do saneamento na agenda internacional de desenvolvimento e, por outro, nas lições das iniciativas internacionais noutras áreas, como o VIH/SIDA e a educação.

À excepção da água e do saneamento, é difícil pensar em qualquer outra área de comparável importância para o desenvolvimento humano que usufrua de uma liderança global tão reduzida. O problema não reside na ausência de conferências de alto nível ou de relatórios ambiciosos. Estas têm sido características tradicionais das agendas das conferências internacionais durante mais de três décadas, desde que a ONU realizou a sua primeira conferência sobre a água, em Mar del Plata, na Argentina, em 1977. Aquele evento levou à adopção de um plano de acção que deu origem à primeira Década Internacional da Água Potável e do Saneamento Seguro. Até à data, aquela conferência mantém-se um marco em termos de influência. Mas a impressionante meta da «água e saneamento para todos» até 1990 e a subsequente reafirmação do mesmo objectivo não atingido em 2000, noutra conferência de alto nível, puseram a descoberto uma enorme lacuna entre o estabelecimento de metas e o planeamento estratégico para atingir as mesmas.

Desde meados dos anos 90, verificou-se uma proliferação de conferências dedicadas à água. Emergiram duas grandes parcerias internacionais, o Conselho Mundial da Água e a Parceria Global para a Água, que supervisionaram uma impressionante série de encontros globais, como o Fórum Mundial da Água, de periodicidade trienal, realizado na Cidade do México em 2006, e de relatórios. A água também figurou proeminentemente em encontros da ONU de âmbito mais vasto, como a Cimeira Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável.

No entanto, é difícil escapar à conclusão de que hoje, tal como nos anos 70, existe uma enorme lacuna entre as declarações ministeriais e relatórios de conferências e as estratégias práticas para alcançar o objectivo da água e saneamento para todos. Não se pretende com isto diminuir o papel vital das conferências internacionais para a informação da opinião pública e crescimento da consciencialização dos problemas entre os políticos e o público em geral. Mas, se o derradeiro objectivo é o de melhorar o acesso dos

homens e mulheres mais carenciados à água, os progressos são menos impressionantes — o que diminui a justificação para a realização de mais conferências internacionais sem uma agenda objectiva para alcançar a mudança.

Muito francamente, no que respeita à água e ao saneamento, o mundo sofre de um excesso de actividade de conferências e de um défice de acção. Sofre também de fragmentação. Existem nada menos do que 23 agências da ONU a lidar com a água e o saneamento. Para além de problemas de coordenação e de custos transaccionais no interior dos países, a diversidade de agentes obstou ao desenvolvimento de fortes defensores internacionais da água e do saneamento.

A agenda dos países do G8 oferece testemunhos deste problema. Há três anos, na sua cimeira em Evian, na Suíça, o G8 adoptou um Plano de Acção para a Água que pretendia alcançar um vasto leque de objectivos, «ajudando prioritariamente os países que assumiram um compromisso político de dar prioridade à água potável e ao saneamento básico».⁷⁰ Desde então, não surgiu nada que mereça ser descrito como plano de acção. Os níveis de ajuda estagnaram e não foi efectuada qualquer tentativa credível de traduzir em estratégias globais práticas capazes de oferecer resultados os compromissos assumidos em conferências internacionais como o 3º e o 4º Fóruns Mundiais da Água, realizados em 2003 e 2006.

Se fossem necessárias evidências da baixa notoriedade da água e do saneamento na agenda do G8, estas ficaram patentes na Cimeira de Gleneagles realizada em 2005. Não só não houve qualquer referência ao que foi acordado em Evian, como a questão não foi sequer mencionada na estratégia que o G8 definiu para a África Subariana.

A uma década de 2015, é tempo de agir e assumir o compromisso para desenvolver um plano de acção global para a água e o saneamento. Tal não significa a implementação de processos de planeamento complexos, burocráticos e rigidamente hierarquizados. Ao contrário, o objectivo seria o de fornecer um núcleo institucional para os esforços internacionais mobilizarem recursos, criarem capacidade e, acima de tudo, galvanizarem a acção política colocando a água e o saneamento numa posição mais central na agenda do desenvolvimento.

Para que qualquer estrutura global produza resultados, tem de estar alicerçada a nível nacional e integrada nos processos nacionais de planeamento. Tem também de estar fundamentada numa parceria de desenvolvimento genuína. Em última análise, é responsabilidade dos governos nacionais delinearem planos nacionais credíveis e desenvolverem instituições transparentes e responsáveis para a implementação. Mas o princípio de base subjacente ao Objectivo de Desenvolvimento do Milénio é que os governos

comprometidos com o progresso não sejam retidos por falta de apoio internacional e recursos financeiros. O desenvolvimento de um plano de acção global ajudaria a fazer com que este compromisso passasse das palavras à acção.

As iniciativas correntes oferecem um ponto de referência útil. Tanto o Fundo Global de luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária e, a uma menor escala, mas nem por isso menos significativa, a Iniciativa para a Aceleração da Educação para Todos (FTI — Fast Track Initiative) têm produzido resultados reais.⁷¹ Nenhum deles envolve grandes estruturas organizacionais. O Fundo Global tem pouca burocracia, não dispõe de qualquer delegação nacional e age apenas como um instrumento de financiamento e de criação de capacidade. Está baseado nas estratégias governamentais e facilita o fortalecimento do papel da sociedade civil. O valor acrescentado do Fundo Global tem sido um ponto central para a acção política, potenciando recursos de apoio das boas políticas e criando capacidade. Da mesma forma, a Iniciativa para a Aceleração da Educação ajudou a reduzir as lacunas de financiamento e coordenar a ajuda dos doadores para a educação em dezenas de países.⁷²

Como funcionaria um plano de acção global para a água e o saneamento? E que diferença faria um plano de acção global nas vidas das pessoas mais carenciadas? Em termos operacionais, um plano global reuniria os doadores sob um único tecto multilateral, organizado sob os auspícios de agências relevantes da ONU, da União Europeia e do Banco Mundial. A ênfase seria colocada na disponibilização de recursos e apoio à criação de capacidade e na coordenação e coerência; não na criação de novos sistemas burocráticos.

Uma estrutura global, alicerçada a nível nacional e integrada nos Documentos de Estratégia de Redução da Pobreza e nos planos nacionais de desenvolvimento, poderia oferecer uma plataforma para lidar com as questões políticas, institucionais e de financiamento à medida que os países procurassem ampliar a escala das estratégias de água e saneamento e acelerar o progresso. A direcção no sentido da globalização não substitui os esforços iniciais locais. Mas pode ajudar à construção do pacto básico dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: que as boas políticas e a intenção séria de disponibilizar serviços a nível nacional atrairá o apoio da comunidade internacional: Um plano deste tipo poderia gerar outros benefícios para os países com governos comprometidos com a acção:

- *Galvanizar o compromisso internacional e elevar a notoriedade da água e do saneamento.* A adopção de um plano de acção pelo G-8 e pela vasta comunidade de doadores colocaria em destaque a importância central do progresso na água e no saneamento para o Objectivo de Desenvolvi-

mento do Milénio. Com uma concepção e implementação adequadas, um plano deste tipo poderia fazer pela água e pelo saneamento o que o Fundo Global fez pelo VIH/SIDA — oferecer um núcleo central institucional que eleve a notoriedade do problema da água e do saneamento. Poderia fazer com que os governos nacionais ganhassem a clara consciência de que o sector virá a ser uma prioridade crescente, criando incentivos para um planeamento nacional mais forte. Na frente política, o plano global poderia identificar estratégias gerais de melhores práticas para ultrapassar desigualdades e acelerar o progresso, criando uma estrutura indicativa global como base para avaliação da política. A monitorização da implementação e do progresso destas estratégias tornar-se-ia um elemento central para a água e o saneamento nos encontros do Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial e do G8.

- *Monitorizar o desempenho.* Os doadores de ajuda exigem justificadamente um elevado nível de responsabilização e transparência da parte dos receptores de ajuda. Os padrões aplicados à comunidade doadora são muito menos rigorosos. Não há mecanismos para fazer com que os países desenvolvidos prestem contas pela entrega de ajuda face aos seus compromissos ou à qualidade da ajuda. O plano de acção global da água e do saneamento criaria este mecanismo. Incluiria uma avaliação global do desempenho dos doadores. O exercício de avaliação anual consistiria de duas partes. Incluiria uma análise, por parte dos receptores de ajuda, do grau pelo qual os doadores estão a cumprir os critérios de água e saneamento face às directrizes e objectivos da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico adoptados em 2005 para aumentar a eficácia da ajuda através de um maior apoio orçamental, maior previsibilidade nos fluxos de ajuda e menores custos transaccionais através de uma maior harmonização e coordenação. Incluiria também uma avaliação independente dos programas de ajuda face às metas estabelecidas no Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e nas estratégias nacionais, ajudando a melhorar a compreensão, tanto de doadores como de receptores de ajuda, daquilo que funciona e daquilo que não funciona (ver contributo especial de Gordon Brown e Ngozi Okonjo-Iweala).
- *Mobilizar recursos suplementares de ajuda.* O plano de acção global ofereceria um núcleo central para que os esforços internacionais alinhassem os recursos externos necessários para alcançar o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio com as lacunas de financiamento em cada país. Tendo este aspecto em mente, o principal in-

A uma década de 2015, é tempo de agir e assumir o compromisso para desenvolver um plano de acção global para a água e o saneamento

Do Japão à União Europeia, e passando pelos Estados Unidos, as pessoas do mundo desenvolvido tomam a água potável e o saneamento básico por garantidos. Mas, em várias zonas do mundo, muitas pessoas ainda não têm acesso a estes direitos humanos básicos. Este Relatório documenta devidamente os custos sociais e económicos de uma crise na água e no saneamento.

A água e o saneamento não somente são essenciais para a vida humana como constituem os blocos de construção do desenvolvimento em qualquer país. É por esta razão que um dos oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio tem uma meta específica de reduzir a metade o número de pessoas sem acesso sustentável a água potável e a saneamento até 2015.

A falta de água potável e de saneamento afecta desproporcionalmente as mulheres e as raparigas, tradicionalmente responsáveis pela obtenção de água para a família. Para as raparigas em idade escolar, o tempo gasto a viajar — horas, por vezes — até à fonte de água mais próxima é tempo perdido em educação, negando-lhes a oportunidade de conseguir trabalho e de melhorar a saúde e os padrões de vida das suas famílias e de si próprias. As escolas sem acesso a água potável ou a saneamento constituem uma poderosa prova da interligação entre o desenvolvimento humano e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: não é possível criar sistemas de educação eficazes quando as crianças estão constantemente doentes e ausentes da escola. E não é possível oferecer educação a todos quando as raparigas são mantidas em casa porque os seus pais se preocupam com a ausência de instalações sanitárias separadas.

Hoje todos compreendem o vínculo existente entre água potável, melhor saúde e maior prosperidade. Temos o conhecimento, a tecnologia e os recursos financeiros para tornar a água potável e o saneamento uma realidade para todos. Devemos agora alinhar estes recursos com a vontade política para agir.

A infra-estrutura de um sistema eficaz de água e saneamento à escala nacional — desde canalização de água a estações de bombagem e redes de esgotos — exige um investimento a uma escala superior à que os países mais pobres podem aspirar neste momento. Por outro lado, exige avultados investimentos iniciais, bem como custos de manutenção de mais longo prazo. Dada a elevada proporção de pessoas dos países em desenvolvimento sem acesso a água e saneamento e que sobrevivem com menos de 1 dólar por dia, não é viável satisfazer estes custos iniciais através de tarifas dos utilizadores.

Em 2005, os governos dos países desenvolvidos prometeram aumentar o montante global da ajuda para o desenvolvimento. A União Europeia comprometeu-se a aumentar a ajuda para 0,7% do seu rendimento até 2015. O G8 comprometeu-se a duplicar a ajuda a África até 2010. Ao efectuar aquela promessa, o G8 reconheceu que uma das finalidades desta ajuda era assegurar que as populações dos países em desenvolvimento teriam acesso a água salubre e saneamento. Contudo, os aumentos tradicionais nos orçamentos da ajuda dos doadores não serão suficientes para fornecer os recursos adicionais e cumprir as metas de ajuda que foram estabelecidas. São necessários mecanismos de financiamento inovadores para reunir o financiamento urgentemente necessário para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio — e em nenhuma área tal se torna mais evidente do que na água e no saneamento.

Muito francamente, o mundo não pode esperar que os fluxos de financiamento graduais comecem a produzir retornos antes de lidar com a crise da água e do saneamento. Esta crise está a matar crianças e a impedir o desenvolvimento actual — e temos de agir agora. Foi por esta razão que se analisou e implementou uma série de mecanismos de financiamento inovadores com vista a mobilizar financiamentos iniciais para o desenvolvimento. O Mecanismo de Financiamento Internacional (MFI) é um exemplo.

O MFI mobiliza recursos de mercados de capitais internacionais através da emissão de obrigações de longo prazo que são amortizadas pelos países doadores no prazo de 20 a 30 anos. Uma massa crítica de recursos pode assim ser disponibilizada imediatamente para o investimento no desenvolvimento, ao passo que a amortização é efectuada ao longo de um período maior, com base nos orçamentos para a ajuda dos países desenvolvidos.

Os princípios da concentração dos gastos no início do período já foi aplicado ao MFI para a Vacinação, que, através do investimento imediato de 4 mil milhões de dólares extra em vacinas para doenças evitáveis, poupará o impressionante número de 5 milhões de vidas entre o momento actual e 2015 e outros 5 milhões de então em diante.

Estes princípios podem também ser bastante relevantes para a água. As taxas de retorno dos investimentos iniciais na água e no saneamento ultrapassariam largamente os custos de empréstimos realizados nos mercados de obrigações, mesmo levando em conta os custos dos juros. Efectivamente, a OMS estimou que o retorno de um investimento de 1 dólar em saneamento e higiene nos países de baixo rendimento é de 8 dólares, em média. Trata-se de um bom investimento, qualquer que seja o sistema de contabilidade que o avalie.

A mobilização de recursos de mercados de capitais para investimento em água e saneamento não é nova. Os países industriais utilizaram emissões de obrigações e mercados de capitais para obter financiamento para o investimento em água e infra-estruturas de saneamento no começo do século passado. E, mais recentemente, países como a África do Sul emitiram obrigações municipais para aumentar rapidamente a massa crítica de recursos para efectuar um investimento de tal ordem.

Evidentemente, temos de reconhecer que as novas parcerias para a ajuda subjacentes aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio constituem um compromisso de dois sentidos. Há obrigações e responsabilidades de parte a parte. Os países em desenvolvimento devem ser julgados pela sua capacidade de utilizar os recursos da ajuda com eficiência e transparência de forma a fazer chegar água salubre e saneamento aos mais pobres. Mas eles e os seus cidadãos têm o direito de esperar que boas políticas sejam apoiadas por um fluxo previsível de financiamento à ajuda proporcional à escala do desafio.

Os países desenvolvidos devem ser julgados não somente pelo seu apoio aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, mas também pela disponibilização de recursos para alcançá-los. Ajudar a fornecer água salubre e saneamento básico demonstrará que estas promessas são mais do que uma simples moda passageira — que são um compromisso para a nossa geração.

Gordon Brown, deputado parlamentar,
Ministro das Finanças, Reino Unido

Ngozi Okonjo-Iweala, ex-Ministro das Finanças, Nigéria

grediente reside na criação de um compromisso fiável e de longo prazo de recursos desde que os países adoptem e implementem planos de reforma credíveis. A solidez de compromissos prévios dos doadores pode oferecer aos países a garantia de que, se eles honrarem os seus compromissos, os doadores disponibilizarão o financiamento.

Devido ao facto da expansão do acesso à água e ao saneamento exigir investimentos iniciais de vulto, mas oferecer retornos durante um longo período, o sector perde frequentemente para projectos de investimento mais imediatos e tangíveis relativamente aos quais os líderes políticos podem assumir o crédito mais rapidamente. O financiamento garantido pode reforçar a posição dos reformadores através do potenciamento que decorre dos compromissos de apoio financeiro externo. O plano teria como aspecto crucial um calendário concreto para aumentar a ajuda à água e ao saneamento em 3,4 a 4 mil milhões de dólares ao longo da próxima década, com recursos para a concentração dos custos no início do período. A África Subsariana seria um elemento central no plano de acção global, não somente pela mobilização de 1,5 a 2 mil milhões de dólares de ajuda suplementar, como pela colocação da água e do saneamento no núcleo da estratégia para a África adoptada pelo G8 em Gleneagles. O plano global ofereceria uma estrutura para a ajuda baseada no desempenho, estabelecendo os receptores de ajuda referências claras de desempenho no quadro de planos nacionais e aderindo os doadores a referências relativas ao cumprimento dos seus compromissos de ajuda.

- *Mobilizar recursos nacionais.* O plano de acção global apoiaria e complementaria a mobilização de recursos nacionais. Na maioria dos países de médio rendimento, e nalguns países de baixo rendimento, os mercados de capitais nacionais representam uma potencial fonte de financiamento a longo prazo. Devido ao facto das receitas dos investimentos de água e saneamento serem contabilizadas na moeda nacional, é importante que os empréstimos de apoio àquele investimento sejam em moeda nacional e não estrangeira — uma das duras lições dos fracassados episódios da privatização. O problema é que as percepções de risco do mercado e a fraqueza dos mercados de capitais locais podem simultaneamente elevar o custo dos empréstimos e diminuir o fluxo de recursos disponíveis. O apoio internacional, através de instituições multilaterais e bilaterais, pode mitigar aqueles efeitos através do fornecimento de garantias de crédito a serviços de abastecimento público ou entidades municipais, permitindo-lhes assegu-

rar uma notação AAA. Esta área tem testemunhado um crescimento rápido nos últimos anos (ver Capítulo 2). Se um plano de acção global não institucionalizaria a prestação de crédito, poderia oferecer uma estrutura para coordenar e apoiar parcerias público-privadas, desenvolvendo melhores práticas e oferecendo aconselhamento técnico.

- *Apoiar o desenvolvimento de capacidade e o planeamento nacional.* Ultrapassar o défice de água e saneamento confronta muitos dos países mais pobres com complexos problemas de planeamento. O legado da fragmentação, do fraco desenvolvimento institucional e do subinvestimento em criação de capacidade técnica é, em si mesmo, um obstáculo ao progresso. No VIH/SIDA e na educação, as iniciativas globais ofereceram apoio técnico e de criação de capacidade como mecanismo de reforço da elegibilidade à ajuda ao desenvolvimento. Na água e no saneamento, a estrutura do plano global apoiaria o planeamento à escala do sector e mobilizaria recursos para a criação de capacidade. Tal como acontece no VIH/SIDA e na educação, um forte programa vertical facilitaria a disseminação de melhores práticas, responsabilização, medições de desempenho e comunicação às partes interessadas da política e à sociedade civil. Ajudaria também a assegurar que os recursos da ajuda ultrapassem realmente o financiamento geral ao invés de substituírem os recursos governamentais.
- *Melhorar a coerência e coordenação dos doadores.* A nível nacional, uma estrutura de planeamento global credível ofereceria um instrumento para os doadores definirem os seus programas no quadro de uma estratégia nacional, apoiando esforços correntes para harmonizar procedimentos dos doadores e requisitos relativos a relatórios. Estabeleceria um conjunto comum de normas, reduzindo os custos transaccionais associados aos requisitos de relatórios de múltiplos doadores e garantindo que os doadores não estão a duplicar projectos e esforços em apoio dos seus programas preferidos. A estrutura de planeamento global ajudaria também a identificar maus alinhamentos entre a afectação da ajuda e o compromisso governamental. Ofereceria um veículo multilateral para colmatar lacunas de financiamento nos países inadequadamente cobertos pela ajuda bilateral, tal como acontece com o Fundo Global e a Iniciativa para a Aceleração da Educação para Todos.

Os últimos desenvolvimentos na África Subsariana destacam o potencial de um pacto para a água e o saneamento. Reconhecendo que o défice de água e saneamento está a travar avanços na saúde,

O plano global poderia identificar estratégias gerais de melhores práticas para ultrapassar desigualdades e acelerar o progresso

A forma exacta de qualquer plano global constitui, obviamente, uma questão aberta ao diálogo e ao debate. Mas uma opção que já não deve ser encarada é a de deixar tudo como está

na educação e no crescimento económico, o Banco Africano de Desenvolvimento estabeleceu um Fundo Especial para a Água para apoiar o progresso em direcção ao Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e ao abastecimento universal até 2025. Foi desenvolvido um plano de acção de médio prazo indicativo, através do Conselho Africano de Ministros da Água e da Nova Parceria para o Desenvolvimento da África, para 2005-2009. Através de negociações independentes com oito doadores, o Banco Africano de Desenvolvimento assegurou garantias de cerca de 50 milhões de dólares ao longo de períodos de um a três anos face a uma meta de 615 milhões de dólares.⁷³ Uma estrutura global apoiada por doadores de renome ajudaria quer a reduzir os custos transaccionais, quer a assegurar o financiamento à escala necessária.

Um plano de acção global para a água e o saneamento não é um fim em si mesmo. É um meio de promover a eficácia da cooperação internacional e de construir parcerias para a ajuda que podem colocar o mundo no caminho certo para alcançar o Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e progredir em direcção ao acesso universal à água e ao saneamento. A menos de uma década de 2015, um plano de acção global poderia oferecer a estrutura previsível e de longo prazo necessária às parcerias de ajuda que poderia funcionar como catalisador do progresso humano, conduzindo ao alargamento dos benefícios da água e do saneamento a outras áreas do desenvolvimento humano. A forma exacta de qualquer plano global constitui, obviamente, uma questão aberta ao diálogo e ao debate. Mas uma opção que já não deve ser encarada é a de deixar tudo como está.