



3

O grande déficit no saneamento

**«"Queremos latrinas!"
exclamaram eles para
estupefacção geral. "Temos
que sair e ir fazer as nossas
necessidades ao ar livre.
As latrinas são para vocês,
gente importante"»**

**Mahatma Gandhi contando as dores dos intocáveis,
Comissão de Saneamento de Rajkot, 1896**

**«Água suja não pode ser
lavada»**

Provérbio africano

O acesso a saneamento básico é, por direito próprio, um objectivo de desenvolvimento humano crucial, mas o saneamento também é um meio para atingir objectivos de desenvolvimento humano muito mais vastos

«A história dos homens,» segundo Victor Hugo em *Os Miseráveis*, «reflecte-se na história dos esgotos.... O esgoto é a consciência de uma cidade.»¹ Ele usou os esgotos de Paris dos meados do século XIX como metáfora do estado da cidade. Contudo, num sentido mais lato, e Victor Hugo também o viu, o estado do saneamento diz alguma coisa sobre o estado de uma cidade ou nação, e diz algo de forma ainda mais profunda sobre o estado do desenvolvimento humano.

Como comunidade global enfrentamos um enorme défice no saneamento, um défice extremamente concentrado nos países em desenvolvimento. Hoje em dia, nos países em desenvolvimento, quase uma em cada duas pessoas está privada de acesso a saneamento melhorado. E muitas mais não têm acesso a saneamento de boa qualidade. Embora a disponibilização de saneamento para todos seja um objectivo de desenvolvimento fulcral desde a década de 70, o progresso tem sido extremamente lento. As taxas de cobertura estão a melhorar. Mas sem um rápido aumento em termos de dimensão e eficácia dos programas de saneamento, a meta para 2015 do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio não será alcançada por uma larga margem.

Esse resultado seria um grande revés para o desenvolvimento humano. Cada ponto percentual de diferença entre a meta do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio e os resultados reais significa dezenas de milhões de pessoas afectadas por doenças e dezenas de milhares de óbitos infantis evitáveis. O acesso a saneamento básico é, por direito próprio, um objectivo de desenvolvimento humano crucial: para milhões de pessoas o facto de não terem uma instalação sanitária segura, privada e conveniente é uma fonte diária de indignidade, assim como uma ameaça ao bem-estar. Mas o saneamento também é um meio para atingir objectivos de desenvolvimento humano muito mais vastos. Sem saneamento básico, os benefícios do acesso a água potável diminuem e as desigualdades de saúde, género e outras, associadas ao défice de saneamento, dificultam sistematicamente o progresso na educação, na redução da pobreza e na criação de riqueza.

As melhorias no saneamento podem aumentar as escolhas reais e as liberdades essenciais de que as pessoas gozam, actuando como catalisadoras de um

vasto leque de benefícios de desenvolvimento humano. Podem proteger as pessoas (especialmente as crianças) de condições de saúde precárias. Podem retirar as pessoas da pobreza, reduzindo os riscos e as vulnerabilidades que perpetuam os ciclos de privação. Podem aumentar a produtividade, incrementar o crescimento económico e criar emprego. E podem também fazer aumentar o orgulho das pessoas nas suas casas e comunidades.

Este capítulo evidencia a dimensão do défice global em termos de saneamento. Após indicar sucintamente os contornos do défice de saneamento, levanta a questão sobre a razão do progresso lento na redução desse défice e identifica alguns dos factores estruturais que explicam a razão do atraso do saneamento em relação ao fornecimento de água. A incapacidade de ultrapassar desigualdades e de criar escolhas para as secções mais pobres da sociedade é uma parte central do problema. Este capítulo explora algumas políticas e estratégias que tornaram possível a criação de condições para que haja progresso acelerado. As intervenções organizadas por moradores de bairros degradados e pelos pobres de zonas rurais mostram o que é possível fazer, através de intervenções de iniciativa comunitária, sob as condições institucionais certas. No entanto, a acção popular é uma condição insuficiente para o progresso acelerado. As parcerias entre as comunidades e os governos locais, sob a alçada de estratégias nacionais eficazes, são a chave para fazer aumentar o progresso.

É preciso remover muitos obstáculos se o mundo pretender realmente acelerar o progresso no saneamento. O maior obstáculo de todos talvez seja o estigma. Já muito foi escrito sobre a sensação de vergonha experienciada pelas pessoas que não têm acesso a instalações sanitárias. Nos níveis mais altos da

A simples distinção entre tecnologias «melhoradas» e «não melhoradas» tende a subvalorizar a dimensão do défice no fornecimento de saneamento

política existe uma enorme tendência para tratar o saneamento como um problema que deve ser escondido. A realidade que é imposta a mais de metade do mundo em desenvolvimento pela defecação a céu aberto, e os custos a ela associados em termos do desenvolvimento humano e da economia nacional, não compelem os líderes políticos a nomear comissões ou ministros ao mais alto nível para tratar esta emergência nacional. Em vez disso, o saneamento é relegado para o segundo plano da política.

O paralelismo entre o VIH/SIDA é tão instrutivo como desconcertante. O VIH/SIDA era visto como um problema que deveria ser varrido para debaixo do tapete. O mundo ainda está a pagar o preço da falta de vontade de providenciar uma liderança

decisiva na altura em que teria sido possível alcançar uma rápida inversão da pandemia. No caso do saneamento, milhões de pessoas estão a pagar diariamente a incapacidade que há em confrontar o problema do abastecimento inadequado, especialmente as crianças em famílias pobres que pagam com as suas vidas. No caso do VIH/SIDA, o problema só ganhou importância na agenda política quando os líderes políticos, os grupos da sociedade civil, a comunicação social e as pessoas comuns começaram a falar abertamente sobre o problema, e foi só nessa altura que começou a gerar uma resposta política eficaz. O que é necessário neste momento é que os apoiantes do saneamento exerçam uma força de mudança semelhante.

2,6 mil milhões de pessoas sem saneamento

No caso do saneamento, assim como no da água, os dados internacionais não são uma boa referência para o estado do acesso a estes vectores. A tecnologia é um aspecto importante do abastecimento, mas a simples distinção entre tecnologias «melhoradas» e «não melhoradas» tende a subvalorizar a dimensão do défice e a representar erradamente a sua natureza.

Talvez o aspecto mais assustador do défice de saneamento seja o seu tamanho. Tal como foi mostrado no capítulo 1, cerca de 2,6 mil milhões de pessoas não têm acesso a saneamento melhorado, o que representa um défice 2,5 vezes superior ao défice de acesso a água potável. Só para alcançar a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de reduzir para metade o défice global do nível de cobertura de 1990, seria necessário fazer chegar saneamento melhorado a mais de 120 milhões de pessoas todos os anos desde agora até 2015. Mesmo que esse objectivo fosse conseguido, restariam 1,9 mil milhões de pessoas sem acesso.

Quando as pessoas em países ricos pensam em saneamento básico, a sua percepção é formada pelas experiências históricas referidas no capítulo 1. Quase todas as pessoas a residir no mundo desenvolvido têm acesso a uma casa de banho privada, com autoclismo, com abastecimento contínuo de água canalizada, com torneiras e sanitários próximos. Do ponto de vista da saúde, estas são as condições óptimas. Os detritos humanos são le-

vados por canalizações para sistemas de esgotos e infra-estruturas de tratamento, garantindo que a água potável é separada dos agentes patogénicos transportados pelas matérias fecais. Entretanto, as torneiras localizadas nas instalações sanitárias permitem que as pessoas mantenham a sua higiene pessoal.

Mas, do outro lado do espectro do saneamento estão milhões de pessoas que são obrigadas a defecar em sacos, baldes, campos ou valetas à beira da estrada. Se o modelo dos países desenvolvidos fosse o ponto de referência, o número de pessoas privadas de saneamento seria bem maior do que os dados registados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O défice global subiria de 2,6 mil milhões para cerca de 4 mil milhões.²

A lacuna no sector de saneamento entre países desenvolvidos e em desenvolvimento é um exemplo perturbante de desigualdade no desenvolvimento humano. É claro que recursos financeiros e capacidade técnica inadequados, aliados em alguns casos a faltas de água, tornam irrealista assumir que o modelo de um país desenvolvido poderia ser rapidamente implementado nos países em desenvolvimento. Mas é importante olhar para além dos valores mínimos de abastecimento necessários para alcançar a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Na década de 40

do século XIX, os reformadores britânicos eram a favor da acção pública para garantir que todas as casas tivessem acesso a água potável e um sanitário próprio. Mais de 150 anos mais tarde, esse objectivo continua fora do alcance de um grande número de pessoas no mundo em desenvolvimento.

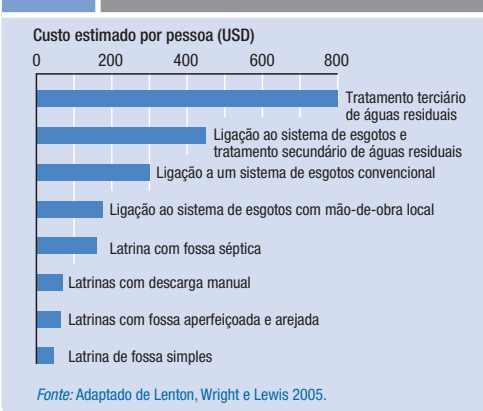
Quem está onde na escada do saneamento?

A ampla categoria de acesso a saneamento «melhorado» pode ser entendida como uma «escada» de saneamento, indo da mais básica latrina com fossa até latrinas com fossa aperfeiçoadas, instalações com descarga manual que utilizem água e fossa séptica, até aos esgotos convencionais (figura 3.1). Subir nesta escada tem implicações financeiras. O custo de ligar uma casa a um sistema de esgotos moderno é 20 vezes superior ao de adquirir uma latrina com fossa básica.

A escada do saneamento chama a atenção para um problema de política pública importante mas amplamente negligenciado. A maior parte dos exercícios de identificação de custos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, incluindo os do capítulo 1, começam com a identificação dos requisitos financeiros necessários para alcançar o degrau apropriado mais baixo possível na escada. O custo estimado de 10 mil milhões de dólares para alcançar a meta sanitária dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio baseia-se no acesso ao primeiro degrau na escada do saneamento, as latrinas de fossa simples. Um exercício semelhante, mas para alcançar os degraus superiores da escada do saneamento, incluindo ligação doméstica a instalações de esgoto e acesso a tratamento municipal de águas residuais, faria subir o custo para 34 mil milhões de dólares.³ A oposição a estas diferenças de custos e subir a escada do saneamento oferece benefícios fundamentais para a saúde. Embora o saneamento melhorado mais básico ofereça benefícios, o retorno em termos de desenvolvimento humano sobe progressivamente em cada nível. Nas zonas urbanas do Peru, por exemplo, ter uma latrina de fossa em casa baixa o risco de incidência de diarreia em 50%, ao passo que ter uma sanita com autoclismo reduz o risco em 70%.

A transição de um extremo, a defecação a céu aberto, para a recolha, armazenamento e destruição em segurança dos dejectos humanos e o tratamento ou reciclagem de efluentes de esgotos apresenta diferentes desafios em diferentes contextos. Em áreas rurais, as redes de esgotos são muitas vezes inexistentes. Normalmente, o saneamento melhorado significa a passagem por uma

Figura 3.1 Subir na escada do saneamento tem implicações tanto financeiras como de saúde



hierarquia de latrinas com fossa, latrina de descarga de água manual ou uma latrina com fossa séptica, sendo estas as opções plausíveis. Nas áreas urbanas, o quadro torna-se mais diferenciado. Em áreas urbanas com alta densidade populacional, os sistemas de esgoto têm vantagens óbvias. A ligação a um ramal colectores e a um ramal de alimentação é a maneira mais segura de separar as pessoas e a água potável dos detritos humanos: um desafio muito antigo para o desenvolvimento humano. Mas nos locais onde o alcance da rede de saneamento é limitado e onde a população que não é abrangida é grande, os custos de capital para desenvolver um sistema de esgotos capaz de ligar todos os domicílios podem ser proibitivos. Nestas condições, o saneamento no local ou as instalações públicas podem ser a opção mais viável a curto e médio prazo.

Para além da latrina

A diversidade de padrões de fornecimento actual acautela quanto a receitas políticas universais. Grande parte da África Subsariana tem uma baixa cobertura de redes de esgotos, com menos de 10% da população urbana ligada a esgotos. O mesmo acontece em países com médias de rendimentos altas. Cidades como Jacarta e Manila têm níveis de cobertura de esgotos mais baixos (8%-10%) do que cidades da África Ocidental como Dacar e Abidjan. Nos locais onde os níveis de cobertura são baixos mas existe um grande sistema de ramais colectores, o custo de ligação das casas a ramais de alimentação pode não ser proibitivo. No entanto, os custos sobem rapidamente nos locais em que as ligações domésticas necessitam de grandes investimentos em termos de instalação de ramais colectores.

Nalgumas cidades, as taxas de cobertura são altas mas os sistemas de esgotos estão em muito mau estado de conservação. Deli tem muitos dos

luxos de um modelo de saneamento de um país desenvolvido, mas debaixo das aparências existem alguns problemas graves. Uma grande parte dos 5.600 km de ramais de alimentação está entupida e menos de 15% dos ramais colectores está a funcionar. As 17 estações de tratamento que servem a cidade têm capacidade para processar menos de metade dos resíduos produzidos e a maior parte delas funcionam abaixo das suas capacidades. Resultado: menos de um quinto dos detritos da cidade é processado antes de ser despejado no Rio Yamuna, transmitindo os perigos a jusante.⁴ Na América Latina muitas cidades têm sistemas de ramais de alimentação e de ramais colectores que cobrem uma grande parte da população. Mas a capacidade de tratamento de resíduos é muito limitada: menos de um quinto das águas residuais do Brasil e do México são tratadas.⁵

As infra-estruturas de saneamento vão muito para além dos sistemas de esgotos. Em cidades como Jacarta e Manila, a cobertura limitada do sistema de esgotos deu origem a uma infra-estrutura altamente desenvolvida de latrinas com fossa. Essa infra-estrutura possibilita a remoção dos resíduos dos domicílios, mas grande parte deles acaba nos rios. As latrinas com fossa e as fossas sépticas têm de ser esvaziadas regularmente, de outra forma transbordam, bloqueiam os canais de drenagem e causam graves problemas sanitários. O problema em Manila é que a infra-estrutura de latrinas com fossa é mais desenvolvida do que as infra-estruturas de tratamento e remoção de resíduos. Muitas cidades da África Subsariana enfrentam o mesmo problema. Por exemplo, estima-se que 13% das latrinas em Kibera, Nairobi, estejam inutilizáveis por estarem muito cheias.⁶ Esvaziar latrinas em áreas urbanas densamente povoadas

Caixa 3.1 As deficiências e o saneamento

Para as pessoas com deficiências, a presença física de uma instalação sanitária melhorada não é o mesmo que o acesso à mesma. As pessoas com deficiência enfrentam problemas especiais em habitações sem saneamento melhorado.

As pessoas com deficiência não são um assunto secundário nas políticas de saneamento. A OMS estima que cerca de 10% da população mundial tem algum tipo de incapacidade que impede a sua mobilidade. O número total está a aumentar, devido ao envelhecimento da população, ao aumento de doenças crónicas, de acidentes de trânsito e de lesões causadas por conflitos armados. As consequências humanas das deficiências são muitas vezes mais graves em países em desenvolvimento devido à generalização da pobreza e a programas de segurança social mais limitados.

As pessoas com deficiências estão entre os membros da sociedade mais vulneráveis e entre os mais pobres. Um ciclo vicioso liga as deficiências à pobreza crónica: quando se é pobre há mais probabilidades de se ser deficiente e quando se é deficiente há mais probabilidade de se ser pobre. No Equador, 50% das pessoas deficientes pertencem aos 40% daqueles que têm a menor parte da distribuição de rendimentos. Da mesma forma, os inquéritos mostram que as condições de vida das pessoas com deficiências no Malawi, Namíbia e Zimbabué vivem em agregados familiares com a média de rendimentos mais baixa. Na Namíbia, 56% dos agregados familiares em que um dos membros tem uma deficiência não têm nenhum membro da família empregado no sector formal, em comparação com os 41% dos agregados familiares sem membros com deficiência.

Alguns inquéritos captaram as desvantagens especiais de saneamento que as pessoas com deficiências enfrentam. Na Namíbia, os agregados familiares com pessoas deficientes têm uma menor probabilidade de ter acesso a uma sanita privada com autoclismo e maior probabilidade de ter de recorrer ao céu aberto. Instalações sanitárias inacessíveis em espaços públi-

cos, tais como escolas e hospitais podem afectar o acesso à educação e aos serviços de saúde. A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) estima que 90% das crianças com deficiências em países em desenvolvimento não frequentam a escola, em parte devido à inacessibilidade dos sanitários. No Uganda, o pai de uma criança com deficiência, que queria tanto ir para a escola que não comia nem bebia nada até chegar a casa à noite para não ter de usar as instalações sanitárias, refere que:

O meu filho sofre muito. Ele nunca toma o pequeno-almoço nem outra refeição na escola até regressar a casa. As casas de banho da escola são imundas. O facto de ele só conseguir gatinhar porque não tem uma cadeira de rodas, faz com que ele tenha medo de entrar nas casas de banho, que já estão sujas. A par dessa situação, as portas da casa de banho não são suficientemente largas para deixar o nosso triciclo entrar. Portanto, ele fica sem comer o dia todo até voltar para casa.

Há a consciência generalizada de que para tratar do assunto dos deficientes serão precisos investimentos e tecnologia que os agregados familiares e os fornecedores não têm capacidade de providenciar. Mas, frequentemente, são necessárias apenas algumas alterações mínimas para dar às pessoas com deficiências acesso a serviços normais de água e saneamento. Os custos adicionais são irrisórios: as pesquisas mostram que a incorporação de características de «acesso para todos» no projecto inicial só aumentam os custos em 1%, em comparação com os custos muito mais elevados que implicam adaptar e renovar instalações já existentes. Cinco estudos de caso feitos na África do Sul que cobrem uma variedade de aplicações sugerem que o custo de providenciar acessibilidade pode ser tão baixo como 0,5% a 1% do custo do projecto. No Centro Comunitário Ikwezi em Gugulethu, a leste da Cidade do Cabo, os custos adicionais da construção de instalações sanitárias acessíveis foram de 0,31%.

Fonte: CONADIS, BID, INEC e Banco Mundial 2004; SINTEF Unimed 2002, 2003a,b; Jones e Reed 2005; Metts 2000; Metts 2000, anexo I.

requer uma grande infra-estrutura de serviço. As águas residuais têm de ser retiradas manualmente ou através de bombas de sucção, transferidas para camiões e levadas para locais de tratamento de resíduos. Se os locais de tratamento não forem devidamente mantidos, os efluentes podem infiltrar-se nas águas subterrâneas e fluir para ribeiros ou rios, criando assim perigo de saúde pública.

Quantificar a qualidade e a igualdade

Os problemas relacionados com a informação são uma grande preocupação quando se lida com saneamento. Alguns países (Quênia e Tanzânia para nomear dois) registam números de cobertura de saneamento improvavelmente altos, enquanto outros (Brasil) têm taxas de cobertura muito mais altas do que os dados da OMS/UNICEF indicam.⁷ Além disso, os dados sobre a cobertura dizem pouco sobre a qualidade. Latrinas com fossa aperfeiçoadas danificadas ou em mau estado podem aumentar as taxas de cobertura, mas são um grande risco de saúde pública para famílias e comunidades.

Embora um saneamento inadequado provoque riscos de saúde e perdas de dignidade para todos os que são afectados, as pessoas com deficiências enfrentam problemas especiais. Na maior parte dos países de baixo rendimento, a informação recolhida pelos censos nacionais e pelos inquéritos sobre habitação criaram uma base de informação mais forte no que diz respeito à qualidade e aos problemas de cobertura. No entanto estas fontes raramente são detalhadas o suficiente para identificar os distritos, bairros, nível de rendimentos e outros indicadores de desvantagens que possibilitam aos governos e fornecedores de serviços a criação de um mapa de quem não é servido. Este é um factor importante porque a distribuição das desvantagens tem implicações na criação de políticas públicas. As informações e as respostas políticas demonstraram estar muito aquém do necessário no que diz respeito às pessoas com deficiências (caixa 3.1).

O ciclo de benefícios água-saneamento-higiene

Subir a escada do saneamento oferece perspectivas de grandes benefícios de saúde pública. Mas os progressos no trabalho de saneamento funcionam melhor quando associados a avanços no campo da água e higiene.

Estudos transnacionais mostram que o método de tratamento de dejectos é um dos determinantes mais fortes na sobrevivência infantil.

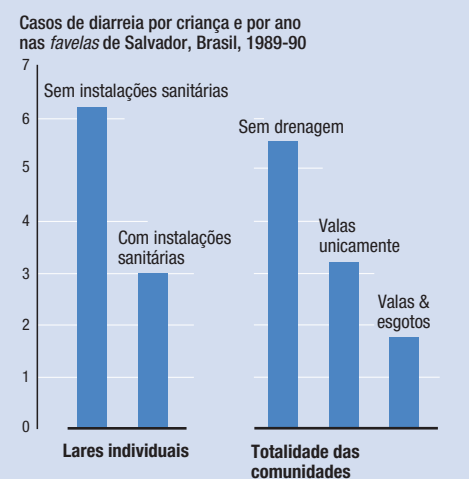
Em média, a transição entre saneamento não melhorado e melhorado é acompanhada por uma redução superior a 30% na mortalidade infantil, estando as sanitas com autocolismo associadas a reduções muito maiores do que as latrinas com fossa.⁸

O saneamento melhorado ajuda a quebrar a circuito de transmissão fecal-oral que perpetua os problemas de saúde pública referidos no capítulo 1. O saneamento confere benefícios de saúde a dois níveis. A família que investe numa latrina garante muitas vantagens, mas possivelmente será a comunidade a ter o maior benefício.

Isto pode ser exemplificado por dados de *favelas* em Salvador, no Brasil (figura 3.2). A incidência de diarreia é duas vezes mais alta entre crianças de famílias sem instalações sanitárias do que entre crianças de famílias com acesso a saneamento, ao passo que é três vezes superior em crianças que vivem em comunidades sem infra-estruturas de saneamento do que em comunidades com sistemas de drenagem e de esgotos.⁹ Assim sendo, a ausência de medidas para promover o desenvolvimento de infra-estruturas de saneamento, pode reduzir as vantagens associadas ao investimento de famílias no saneamento.¹⁰ Contrariamente, quando uma família instala uma latrina, não oferece apenas protecção contra o contacto com os seus próprios excrementos, mas também protege os seus vizinhos. As fortes externalidades associadas aos investimentos individuais e comunitários no saneamento suscitam políticas públicas, tais como a despesa pública, subsídios e regulamentação.

A transição entre saneamento não melhorado e melhorado é acompanhada por uma redução superior a 30% na mortalidade infantil

Figura 3.2 Os benefícios do saneamento dependem da acção doméstica e da comunidade



Fonte: Caimcross e outros 2003.

As graves ameaças à saúde pública que os habitantes das grandes cidades da Europa e dos Estados Unidos enfrentaram há algumas gerações atrás, eram o resultado do fraco saneamento e das águas sujas

A higiene é outro factor predizente da saúde pública. As mãos transmitem agentes patogénicos para alimentos e bebidas e para a boca de hospedeiros susceptíveis. Porque as doenças diarreicas são de origem fecal, a lavagem das mãos com sabão e água tem sido identificada como um dos maiores determinantes da reduzida mortalidade infantil, a par de intervenções que previnam a entrada de matérias fecais no ambiente doméstico das crianças.¹¹

Elementos recolhidos no Burquina Faso demonstram a interacção entre o saneamento e a higiene. Nos meados da década de 90, a segunda maior cidade do país, Bobo-Dioulasso, tinha um sistema de fornecimento de água bem gerido e a maior parte dos agregados dispunha de latrinas com fossa, no entanto, as crianças ainda estavam expostas ao risco de falta de higiene. O Ministério da Saúde e Grupos Comunitários promoveu alterações comportamentais que reduziram a incidência de diarreia, por exemplo, encorajando as mães a lavarem as mãos com água e sabão depois de mudar as fraldas. Em três anos, o programa evitou cerca de 9.000 episódios de diarreia, 800 consultas externas, 300 encaminhamentos para o hospital e 100 óbitos, por um custo de 0,30 dólares por habitante.¹²

Os factores comportamentais podem ser importantes na higiene, mas o acesso a água potável é essencial. Um estudo feito em aldeias do Quirguizistão revelou que poucas pessoas lavavam as mãos e que quase metade dos agregados vazavam as fezes em jardins ou ruas.¹³ O problema não era a falta de sensibilidade para as necessidades de higiene, era sim a falta de oportunidade para o fazer em casas onde não havia abastecimento de água e onde não havia posses para comprar sabão. As taxas de lavagem das mãos eram três vezes mais altas em casas com água canalizada e lavatório.

A tentativa de separar os efeitos do abastecimento de água, saneamento e higiene é um exercício recorrente mas infrutífero. Nos países ricos dos dias de hoje, as grandes obras públicas que levaram à revolução do saneamento e da água, a saber, as condutas, os esgotos, a filtragem de água e as instalações de tratamento de águas residuais, foram cruciais. Mas, de igual forma, foram encorajadas algumas alterações ao nível micro em termos de saúde pública através da educação. Campanhas de promoção da lavagem das mãos, amamentação e fervura de água para os biberões de bebés aumentaram o retorno dos investimentos nas obras públicas. O que é importante é que as políticas públicas expandam o acesso às infra-estruturas e que desbloqueiem as complementaridades que operam através das barreiras artificiais entre a água, a higiene e o saneamento. As crianças são dos mais efectivos agentes de mudança (caixa 3.2).

A água potável, a remoção sanitária dos excrementos e a higiene pessoal são os três fundamentos para qualquer estratégia de melhoria da saúde pública. Em conjunto, estes são os mais potentes antídotos para doenças parasitárias e outras infecções transmitidas por moscas e outros vectores que colhem tantas vidas em áreas onde as águas estagnadas são a principal fonte de água para beber, cozinhar e lavar. Enquanto a água potável e a higiene pessoal podem fazer a diferença por si só, os benefícios para a saúde pública serão reduzidos se não houver saneamento adequado, drenagem e uma infra-estrutura alargada de tratamento de dejectos. Esta é a razão porque as políticas públicas de água e saneamento devem ser vistas como parte de uma estratégia integrada.

A dimensão assustadora do sofrimento humano causado pelo défice no saneamento global pode dar a impressão de estarmos perante um problema inultra-

Caixa 3.2 As crianças enquanto agentes de mudança

A sala de aula é um dos melhores locais para se conseguir alterações positivas de higiene. Ensinar as crianças a lavar as mãos e outros bons hábitos de higiene protege a sua saúde e promove transformações para além da escola. Em Moçambique, uma campanha nacional ensinou crianças a ensinar outras crianças sobre a lavagem das mãos e sobre outros problemas relacionados com o saneamento. Na China e na Nigéria projectos escolares apoiados pela UNICEF para a higiene reportam aumentos de 75% a 80% na lavagem das mãos com sabão.

Em alguns países, a higiene e o saneamento foram colocados nos programas de ensino nacionais. No Tajiquistão, mais de 11.000 alunos estão envolvidos numa campanha de grande alcance sobre o saneamento. No Bangladeche, escolas e organizações não-governamentais formaram brigadas de estudantes para levar mensagens de higiene e saneamento das suas escolas para as suas comunidades.

Esses programas escolares fornecem água e saneamento adequados e instalações sanitárias separadas para rapazes e raparigas.

Fonte: IRC International Water and Sanitation Centre 2004; International Training Network Centre 2003; UNICEF e IRC International Water and Sanitation Centre 2005; UNICEF 2005a, 2006a.

É penoso ver o futuro de uma criança ser ameaçado ou diminuído por uma doença que se pode prevenir. Os direitos a serviços de saúde e a água segura, limpa e a preços comportáveis são fundamentais para uma vida digna e são protegidos pela lei internacional. No entanto, milhões de pessoas morrem todos os anos devido a doenças relacionadas com a água e muitas mais sofrem desnecessariamente. Nenhum de nós deve fechar os olhos perante as consequências chocantes do acesso inadequado a água potável e saneamento que é referido neste Relatório.

A escala do problema da água e saneamento apresenta-se como um desafio assustador mas que podemos ultrapassar. As graves ameaças à saúde pública que os habitantes das grandes cidades da Europa e dos Estados Unidos enfrentaram há algumas gerações atrás, eram o resultado do fraco saneamento e das águas sujas. No final do século XIX, essas ameaças foram debeladas através de acção política concertada a nível nacional. No início do século XXI, é necessário alargar à escala global a liderança que possibilitou o progresso nos países ricos de hoje.

No Centro Carter, eu e os meus colegas estamos a trabalhar para erradicar a dracunculose (*dracunculiasis*) e controlar o tracoma, que são dois flagelos terríveis que podem ser prevenidos com o acesso a água potável, a saneamento e a serviços de saúde. Há 50 anos atrás, uma data não tão distante como isso, o tracoma, a maior causa evitável de cegueira a nível mundial, ainda afectava zonas dos Estados Unidos, incluindo a minha cidade natal, Plains, na Geórgia. Apesar de hoje em dia sabermos como evitar tais doenças, mais de 1,4 milhões de crianças continuam a morrer todos os anos devido a parasitas intestinais e milhões de pessoas continuam a sofrer de tracoma nos países em desenvolvimento. Mas têm havido progressos.

A dracunculose, uma doença parasitária transmitida pela água, está à beira de ser a primeira doença a ser erradicada sem uma vacina ou tratamento médico. A presença da dracunculose numa determinada área geográfica significa a existência de pobreza extrema, o que inclui a ausência de água potável. A doença é tão dolorosa e debilitante que os seus efeitos vão muito para além da própria vítima, reduzindo a produção agrícola e a frequência à escola. Devasta as comunidades já empobrecidas e torna ainda mais difícil a obtenção de boas condições de saúde e de prosperidade económica.

A dracunculose tornou-se na segunda doença da história a ser visada para a erradicação, no seguimento do início da Década Internacional da Água Potável e do Saneamento Seguro (1981-90). Em 1986, o Centro Carter, os Centros norte-americanos para o Controlo e Prevenção de Doenças (CDCP), o Fundo das Nações Unidas para a Infância, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e os países flagelados pela dracunculose abraçaram o desafio de erradicar a doença.

Quando o programa começou, existiam aproximadamente 3,5 milhões de casos, incapacitando milhões de pessoas em 20 países na Ásia e África. Desde então, a dracunculose foi reduzida em mais de 99,7%. Em 2005 só foram relatados 10.674 casos de dracunculose em nove países — todos em África. Hoje em dia, os parceiros da coligação, em colaboração com milhares de trabalhadores comunitários do ramo da saúde, continuam a intensificar esforços para lutar contra o restante 1% de incidência da doença. Como participante activo na campanha da dracunculose, o meu objectivo principal é a erradicação deste terrível flagelo. Os nossos progressos no sentido de atingir este objectivo fazem-me acreditar que em conjunto somos capazes de eliminar esta doença ainda durante a minha vida.

Devem ser envidados mais esforços na erradicação da dracunculose, mas a maior tarefa é abastecer todos com água potável e saneamento. O primeiro passo é reduzir para metade o número de pessoas que estão privadas de acesso a água e saneamento até 2015, tal como é proposto nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Não conseguir alcançar esse objectivo será um grande revés para o projecto do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. Sem progressos na água e saneamento, não poderemos acelerar o progresso social noutras áreas, tais como a sobrevivência infantil, o acesso à educação e a redução da pobreza extrema.

É adequado dizer que, à medida que nos aproximamos da erradicação da dracunculose, outro grande esforço internacional está em marcha com o objectivo de dar água potável e saneamento a 1,1 mil milhões de pessoas e saneamento adequado a 2,6 mil milhões de pessoas. Estes nobres esforços ajudarão a minorar o maior desafio do nosso tempo, reduzir o crescente fosso entre os ricos e os pobres do nosso mundo.



Jimmy Carter, 39.º Presidente dos EUA
Fundador do Centro Carter. Laureado com o Prémio Nobel da Paz em 2002

A ausência de políticas nacionais é ainda mais evidente para o saneamento do que para a água

passável. Acreditar nisso é um erro. Uma das lições da década passada é a de que uma acção concertada a nível nacional e internacional pode fazer a diferença. Há vinte anos, a doença da dracunculose era das maiores causas de sofrimento e pobreza numa grande faixa de países ao longo da África Subsariana. Em meados da década de 80, cerca de 3,5 milhões de pessoas estavam infectadas com *dracunculiasis*, o parasita da dracunculose que entra no organismo quando as pessoas bebem água de charcos que contêm a larva da dracunculose. Dentro do corpo, o parasita pode atingir um metro de comprimento. Ao sair do corpo, causa a formação grave de bolhas e efeitos muitas vezes incapacitantes. Hoje em dia, depois da intervenção de uma parceria que envolveu a UNICEF, a OMS e o Centro Carter, a dracunculose foi praticamente consignada aos livros de história (ver contributo especial do ex-presidente dos EUA, Jimmy Carter). A doença foi erradicada de

11 países, oito deles em África. Embora ainda existam grandes nichos de infecção, especialmente no Sudão, esta batalha contra as doenças causadas pelas águas estagnadas e o saneamento deficitário está quase ganha.

O sucesso na batalha contra a doença da dracunculose aumentou as capacidades humanas de muitos milhões de pessoas. Mas é necessária uma acção mais urgente para enfrentar problemas como o tracoma e outras infecções parasitárias.

Em todo o caso, as iniciativas globais, para atingirem os efeitos óptimos, têm de ser apoiadas pelo desenvolvimento de infra-estruturas de fornecimento de água potável e saneamento. As estratégias nacionais apoiadas por um plano de acção global de mobilização dos recursos necessários para fazer chegar água potável e saneamento a todos são a chave do sucesso.

Qual a razão para o grande atraso do saneamento em relação à água?

As instalações sanitárias podem ser um catalisador improvável para o progresso humano, mas os dados que o provam são esmagadores. O saneamento adequado tem o potencial de, cumulativamente, produzir benefícios para a saúde pública, o emprego e o crescimento económico. Então, porque é que no início do século XXI se desperdiça tanto potencial humano por falta de tecnologias relativamente simples? E qual a razão para o grande atraso do fornecimento público de saneamento em relação ao da água? Estas questões sobre o desenvolvimento humano são tão pertinentes hoje como eram nos países desenvolvidos há mais de um século atrás. Seis barreiras inter-relacionadas dão as respostas: políticas nacionais, comportamento, percepção, pobreza, género e fornecimento. Nenhuma das seis barreiras pode ser ponderada isoladamente. Mas cada uma delas ajuda a explicar o porquê da lentidão do progresso em direcção ao objectivo do saneamento para todos há muito estabelecido.

A barreira das políticas nacionais

O capítulo 2 enfatizou o papel das políticas nacionais e das lideranças políticas no aceleração do acesso à água. A ausência de políticas nacionais é ainda mais evidente para o saneamento do que para a água. O estado do saneamento de um país condiciona as perspectivas de desenvolvimento humano, no entanto, o saneamento, nunca ou raramente, é um ponto importante na agenda política nacional.

Isto aplica-se mesmo em países que progrediram rapidamente no abastecimento de água. A África do Sul não igualou o seu próprio sucesso na expansão do acesso e redução das desigualdades no fornecimento de água com um esforço comparável ao nível do saneamento. O mesmo se aplica a Marrocos. Neste caso, o Gabinete Nacional de Água Potável, tem sido a responsável altamente efectiva na expansão do acesso à água em muitas cidades e áreas rurais. No entanto, o

progresso no saneamento tem sido abrandado por uma estratégia nacional mais fraca, pela fragmentação de sistemas governamentais, pelo financiamento inadequado e as limitações da capacidade em municípios rurais.

A barreira do comportamento

Os frágeis enquadramentos políticos nacionais e a baixa prioridade conferida ao saneamento relativamente à água, reflectem em parte os sinais recebidos das famílias. Pesquisas sobre a participação mostram que as pessoas tendem a dar maior prioridade à água do que ao saneamento. Existem algumas explicações óbvias. A falta de água potável é uma ameaça mais imediata à vida do que a ausência de uma sanita. Além disso, a água canalizada numa casa confere benefícios rápidos e tangíveis em termos de tempo poupado e de riscos de saúde evitados, independentemente do que acontece nas outras casas.

Os benefícios do saneamento podem parecer mais evidentes em factores extra casa. Por exemplo, as vantagens para a saúde pública de instalar uma latrina podem não se verificar se outros domicílios não fizerem o mesmo, a instalação numa casa não a protege contra os excrementos de outras casas em bairros degradados com maus sistemas de esgotos. Além do mais, a instalação duma latrina pode ser vista como um bem público, onde a comunidade beneficia com uma redução de riscos de saúde e o domicílio tem menos vantagens em comparação com o que aconteceria com a água. Do ponto de vista doméstico, os custos associados à falta de água potável podem parecer mais evidentes do que os custos de práticas sanitárias há muito estabelecidas, tais como defecar em campos ou em cursos de água. Os benefícios do saneamento melhorado não são tão bem entendidos como os benefícios do acesso a água potável.

A barreira da percepção

Para os governos e muitas organizações de desenvolvimento, os argumentos a favor da acção pública no saneamento passam pelos benefícios públicos de saúde e riqueza. Do ponto de vista doméstico, a opinião é muitas vezes outra. As sondagens feitas em aldeias do Camboja, da Indonésia e do Vietname demonstram invariavelmente que «um lar limpo e uma aldeia com um ambiente livre de maus cheiros e moscas» são os benefícios mais importantes identificados pelas famílias, seguidos da conveniência. Os benefícios de saúde aparecem em terceiro lugar. Também no Benim, entre as famílias rurais, dá-se

mais importância ao estatuto da habitação, relacionado com a ausência de maus cheiros e a conveniência, do que à saúde.¹⁴

O facto de, frequentemente, as famílias entenderem um melhor saneamento como uma comodidade privada e não como uma responsabilidade pública pode ter enfraquecido a noção de que o desenvolvimento de estratégias nacionais é um imperativo político. Perceber o que as pessoas valorizam no saneamento melhorado, e por que razão o valorizam, é o primeiro passo para uma abordagem de resposta à necessidade. Mas a necessidade não pode ser vista com algo estático. A educação, o marketing social e as campanhas políticas podem alterar os padrões de necessidade aumentando desejos e criando novas expectativas.

A barreira da pobreza

O custo do saneamento melhorado pode ser proibitivo quando grandes segmentos da população não têm acesso ao mesmo. A hierarquização dos povos sem saneamento melhorado é menos dominada pelos muito pobres do que a hierarquização daqueles que não têm acesso à água, mas a pobreza mantém-se como um dos maiores obstáculos à entrada. Aproximadamente 1,4 mil milhões de pessoas sem acesso a saneamento vive com menos de 2 dólares por dia. Para a maior parte deles, mesmo a tecnologia melhorada de baixo custo pode estar além do seu alcance financeiro.

As vantagens para a saúde pública de instalar uma latrina podem não se verificar se outros domicílios não fizerem o mesmo

3

O grande défice no saneamento

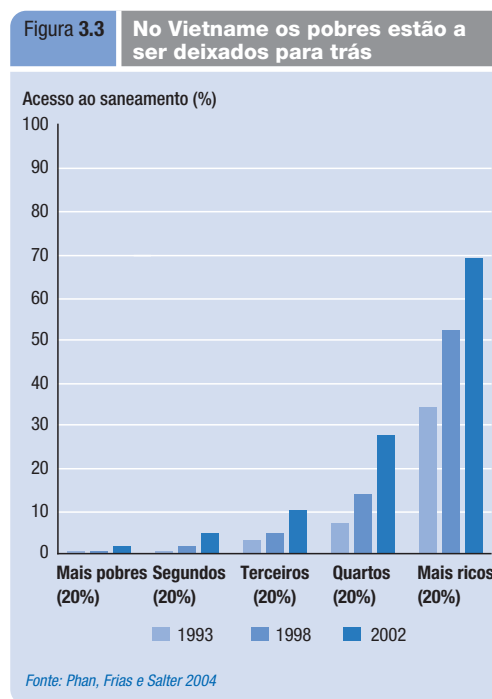
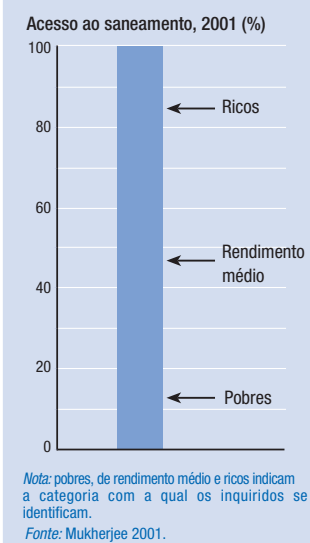


Figura 3.4 O fosso de riqueza no saneamento no Camboja



Vejam os Vietnã, que já atingiu a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para o saneamento. A cobertura rural cresceu rapidamente, embora a partir de uma base baixa. Mas os agregados mais pobres foram deixados muito atrás (figura 3.3). No Camboja, o ordenado diário de um trabalhador rural não chega para cobrir os requisitos nutricionais básicos, não sobrando nada para saúde, roupa e educação. Seria preciso o ordenado de 20 dias de trabalho para adquirir uma simples latrina de fossa, o que ajuda a compreender a grande discrepância entre as taxas de cobertura para os ricos e para os pobres (figura 3.4) Em Kibera, Nairobi, construir uma latrina de fossa custa cerca de 45 dólares, o equivalente a dois meses de rendimentos para quem auferir o ordenado mínimo. Para ajudar os agregados mais pobres a obter financiamento para o saneamento melhorado é necessário que se arranjem formas de providenciar subsídios ou permitir que o reembolso de empréstimos seja feito ao longo de algum tempo através do micro-crédito.

A barreira do género

As desigualdades entre os géneros ajudam a explicar a baixa procura de saneamento em várias comunidades. Dados de muitos países sugerem que as mulheres dão mais importância ao acesso a instalações sanitárias privadas do que os homens, resultado este que reflecte as maiores desvantagens que as mulheres enfrentam, assim como a insegurança, a perda de dignidade e as condições adversas de saúde que estão associadas à falta de acesso. Pesquisas no Camboja, Indonésia e Vietnã revelaram que as mulheres dão, invariavelmente, mais valor a instalações sanitárias do que os homens.¹⁵

Mas a pouca preponderância que as mulheres têm na decisão das prioridades de investimento do lar, significa que a parte mais interessada nas necessidades de saneamento pouco controlo tem sobre as despesas. Pela mesma razão, a prioridade que as mulheres dão ao saneamento é raramente reflectida nas tomadas de decisão extra lar, em estruturas políticas que vão das aldeias, passando pelos governos locais até aos níveis nacionais. A legitimação das mulheres pode ser um dos mais importantes mecanismos para aumentar a eficácia das necessidades de saneamento.

A barreira da oferta

A passagem da procura para a oferta mostra que o progresso é impedido não só pela ausência de tecnologia sanitária a preços suportáveis, mas também pela oferta excessiva de tecnologias inadequadas, o que leva a um desajuste entre o que as pessoas querem e o que os governos oferecem. Por exemplo, as latrinas de descarga manual fornecidas pelos programas governamentais têm baixas taxas de aceitação porque as comunidades têm falta de um abastecimento seguro de água. Noutros casos, as tecnologias comercializadas pelas agências governamentais são de manutenção difícil ou dispendiosa. Os produtos criados por engenheiros que não levam em conta as necessidades e prioridades das comunidades, e que são distribuídos por agências governamentais não responsabilizáveis, deixaram um legado de produtos sanitários abandonados. Outro dos factores é o enquadramento cronológico. Dados de muitos países sugerem que o progresso no saneamento, muito mais do que o da água, requer um planeamento de 10 a 15 anos, sendo que a média dos ciclos de doação e dos ciclos de planeamento nacional funciona por períodos de 2 a 3 anos.

Colocar o saneamento ao alcance de todos

O lento progresso do saneamento há muito que é uma fonte de preocupação. Depois de três décadas de conferências ao mais alto nível, mudanças de política radicais e objectivos ambiciosos por realizar, existe agora uma forte corrente de pessimismo em torno do Objectivo de Desenvolvimento do

Milénio no que se refere ao saneamento. Esse pessimismo é tão injustificável como o optimismo desmesurado das abordagens iniciais.

Visto à distância, o quadro do saneamento global é sombrio. Mas uma observação mais próxima revela uma enorme proliferação de histórias de sucesso

Caixa 3.3 Acção popular, o Projecto Orangi

Orangi é uma grande povoação informal pobre, ou katchi abadi, em Carachi, Paquistão. Com mais de um milhão de habitantes, é uma história de sucesso da capacidade comunitária em expandir o acesso ao saneamento.

Em 1980, uma organização não-governamental começou a trabalhar com as comunidades locais através do Projecto-piloto Orangi para fazer face à terrível situação sanitária da povoação. O ponto central para a mobilização foi a rua. Através do diálogo e da educação, os residentes de cada rua foram convencidos a formar grupos para construir canalizações de esgoto para recolher as águas residuais de suas casas. A cooperação entre os gestores de rua facilitou a construção de canalizações de bairro para recolher as águas residuais de várias ruas. Inicialmente, as

águas residuais eram vazadas em fossas nas redondezas. Mas após um período de diálogo com as autoridades municipais, a administração local aceitou financiar um ramal colectador para recolher os esgotos e transportá-los para fora da comunidade.

As taxas de mortalidade infantil deste bairro degradado desceram de 130 óbitos por cada mil no início da década de 80 para menos de 40 hoje em dia. Quase 100.000 famílias em mais de 6.000 ruas, representando 90% da população estiveram envolvidas. A formação de trabalhadores da comunidade em manutenção e a mobilização de mão-de-obra reduziram os custos para um quinto dos custos do abastecimento oficial, permitindo assim que o projecto recuperasse os custos sem inflacionar demasiado os serviços.

Fonte: Satterthwaite e outros 2006; Hasan 2005; Zaidi 2001.

locais e mesmo nacionais dentro deste quadro alargado. Nalguns casos, as pessoas que se encontram no lado mais problemático desta crise de saneamento, que são os moradores de bairros degradados e as comunidades rurais privadas de saneamento mais básico, operam eles próprios a mudança. Noutros casos, as agências governamentais e os prestadores de serviços tomaram a dianteira ou desempenharam papéis cruciais ao darem maior dimensão às acções vindas do povo. O ponto comum destas histórias de sucesso são os princípios indissociáveis de direitos partilhados e responsabilidades conjuntas, que são as pedras basilares para qualquer contrato social entre o governo e os cidadãos. Neste enquadramento alargado, os temas recorrentes são as necessidades da comunidade, a tecnologia apropriada e a prestação de um serviço responsável que responde às exigências.

A acção vinda do povo faz a diferença

Os princípios de direitos partilhados e de responsabilidades conjuntas têm uma importância muito prática. Nos bairros urbanos degradados de grande dimensão e com uma grande densidade populacional, o sucesso de qualquer iniciativa depende da participação individual, especialmente no caso do saneamento melhorado. Através da mobilização popular, o Projecto-piloto de Orangi em Carachi, Paquistão, evoluiu durante as duas últimas décadas para um programa que leva o saneamento a milhões de moradores de bairros degradados.¹⁶ A participação quase total tem sido baseada numa compreensão colectiva dos benefícios e numa aceitação de responsabilidade conjunta para desbloquear esses benefícios (caixa 3.3).

O Projecto Orangi, que começou como uma pequena iniciativa comunitária, cresceu através da cooperação com governos locais. O cresci-

mento destes projectos é importante porque projectos isolados de pequena dimensão não conseguem iniciar ou sustentar o progresso a nível nacional. Ao mesmo tempo, a energia e inovação das acções comunitárias podem fortalecer a capacidade governamental de operar mudanças.

Na Índia, no início da década de 90, a Federação Nacional de Moradores de Bairros Degradados (NSDF), a Sociedade para a Promoção de Centros de Recursos Regionais (SPARC), uma organização não-governamental de Bombaim (ONG) e a Mahila Milan, uma rede de grupos de poupanças formada por moradoras de bairros degradados e sem abrigo, foram pioneiros numa nova abordagem à criação e gestão de blocos sanitários públicos como resposta à incapacidade das famílias mais pobres de instalar latrinas em áreas de grande densidade populacional. A construção foi precedida de inquéritos nos bairros, mobilização de poupanças e desenvolvimento de organizações de gestão dos sanitários. As inovações do projecto incluíam a construção de instalações separadas para homens e mulheres. Inicialmente, as autoridades locais desencorajaram esses esforços. Mas este modelo foi usado em Pune, uma cidade com mais de 2 milhões de habitantes, através da colaboração das autoridades municipais com a NSDF, SPARC e a Mahila Milan. Entre 1999 e 2001, foram construídos mais de 440 blocos de sanitários, com mais de 10.000 novos sanitários. O financiamento foi concedido através do governo de Maharashtra, sendo a responsabilidade da concepção e da manutenção das ONG.

A participação comunitária é provavelmente a maior influência para o sucesso, ou fracasso, das instalações sanitárias públicas. Até há muito pouco tempo, as instalações criadas pelos municí-

Mas a divisão entre a acção do agregado familiar ou comunitária e a acção pública de cariz governamental é enganadora e inútil. A liderança do governo continua a ser fundamental

pios proporcionavam um serviço com manutenção precária, localização inapropriada e problemas semelhantes que levavam a uma baixa utilização por parte do público. Esses números começaram a mudar. As autoridades locais de Windhoek, na Namíbia, reconheceram que as instalações sanitárias governamentais não estavam a chegar à população mais pobre porque os padrões de qualidade de construção tornavam os custos proibitivos. Em cooperação com a Federação Nacional de Moradores de Cabanas (NSDF), as autoridades municipais criaram um novo enquadramento jurídico que possibilita às comissões de bairro construir e gerir os seus próprios blocos sanitários. Os padrões tornaram-se menos rígidos e os regulamentos foram aplicados com maior flexibilidade. Em Chittagong, Bangladeche, a ONG internacional Water Aid, as ONG locais e as autoridades locais desenvolveram aglomerados de latrinas para a utilização de 150 famílias pelo custo mensal de 0,60 dólares por família.¹⁷ Estas latrinas, cuja manutenção era feita por organizações comunitárias, trouxeram saneamento para muitas mais pessoas do que teria sido possível pela aquisição individual dos agregados.

O fracasso de abordagens feitas sob o ponto de vista do fornecimento provocou uma grande mudança na orientação política. A expressão mais profunda dessa mudança é a campanha comunitária para o saneamento total, uma abordagem concebida para criar a necessidade de saneamento melhorado.¹⁸ No Bangladeche a campanha de saneamento total começou com as ONG locais e foi transformada num programa de dimensão nacional. O seu sucesso ajudou o país a manter-se no bom caminho face ao Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (caixa 3.4).

A abordagem inicial da campanha de saneamento total começa com uma avaliação dos hábitos sanitários da comunidade, que normalmente incluem a defecação a céu aberto.¹⁹ Os residentes elaboram um mapa com os domicílios para identificar os locais de defecação, as rotas de transmissão que causam doenças e a contribuição de cada domicílio para o problema. O objectivo é apelar a três propulsores básicos de mudança: a repulsa, o interesse próprio e o sentido de responsabilidade individual para com o bem-estar da comunidade. Esta abordagem tem sido amplamente desenvolvida e aplicada com algum sucesso em países como o Camboja, China, Índia e Zâmbia.

Divulgação e concepção inovadoras podem colocar o saneamento melhorado ao alcance até dos mais desfavorecidos. Veja-se o exemplo de Sulabh na Índia. Fundada sob os princípios de Ghandi, desenvolveu produtos dirigidos a alguns dos sectores mais pobres da sociedade indiana,

que incluem as castas inferiores e os trabalhadores migrantes. O factor mais impressionante é a sua escala de operações, que fornece saneamento melhorado a 10 milhões de pessoas, e o seu modelo de empresa (caixa 3.5).

A liderança do governo é fundamental

O papel central do financiamento doméstico no saneamento, a enorme falha de algumas iniciativas governamentais altamente subsidiadas e o papel crucial das necessidades domésticas como catalisador de mudança, levaram algumas pessoas a defender um papel minimalista para o governo. Mas a divisão entre a acção do agregado familiar ou comunitária e a acção pública de cariz governamental é enganadora e inútil. A liderança do governo continua a ser fundamental.

Estabelecer estratégias nacionais

No saneamento, tal como na água, o ponto de partida para o sucesso em termos de expansão de cobertura é um planeamento nacional eficaz. Muitos países precisam de alterar a mentalidade que desvaloriza o saneamento. Essa mentalidade reflecte-se muitas vezes na afectação institucional da responsabilidade pelo saneamento no governo. Uma situação corrente é a de delegar o saneamento a uma unidade técnica dentro do Ministério da Saúde, em uma abordagem que limite o raio de acção para iniciativas políticas ousadas. Outro problema é a fragmentação da autoridade. No Gana, os papéis e as responsabilidades pela água estão bem definidos dentro do enquadramento de um planeamento nacional. Este não é o caso do saneamento, onde a autoridade está dividida entre o Ministério dos Recursos Hídricos, do Trabalho e Habitação e uma série de ministérios de outros assuntos. No Níger, o saneamento pertence ao Ministério da Água, mas a coordenação para o saneamento é feita por um comité nacional com poderes limitados. Em qualquer dos casos, o planeamento nacional seria melhorado se fosse liderado por uma figura ministerial experiente que coordenaria o desenvolvimento e a implementação de estratégias de saneamento.

Alguns governos têm bons registos em termos de disponibilização de acesso a saneamento. Desde 1990, a Tailândia aumentou a taxa de cobertura nacional de saneamento de 80% para 100%. O progresso em zonas rurais tem sido particularmente marcante: nas zonas rurais mais de 13 milhões de pessoas obtiveram acesso em duas décadas. Estes resultados reflectem a prioridade

Caixa 3.4 A campanha de saneamento total do Bangladesh

Há dez anos atrás, o Bangladesh, entre os países mais pobres do mundo, tinha um dos níveis mais baixos de cobertura rural de saneamento. Hoje, tem planos ambiciosos para alcançar a cobertura total de saneamento em 2010. Fortemente apoiado pelos parceiros de ajuda do país, esses planos têm como meta o aumento realista da cobertura de saneamento de 2,4 milhões de lares por ano.

A campanha de saneamento total é fundamental para o sucesso do Bangladesh. Nasceu das mãos de uma ONG do Bangladesh no final da década de 90 e envolve agora mais de 600 ONG que trabalham com as autoridades locais para divulgar mensagens de saneamento melhorado.

O ponto de partida é o envolvimento das comunidades locais na identificação dos problemas associados à defecação a céu aberto, calculando a quantidade de excrementos depositada no ambiente da aldeia, identificar num mapa as zonas «sujas» e reconhecer as rotas de transmissão de diarreia e de problemas de saúde pública mais graves. O «passeio da vergonha» aos locais de defecação e o «cálculo dos excrementos» são duas ferramentas utilizadas inicialmente para gerar uma preocupação comunitária partilhada. As comunidades debatem e documentam a defecação a céu aberto e consideram as suas consequências para a saúde. Uma vez desencadeado o interesse, existe o impulso para que os habitantes trabalhem com as agências governamentais, ONG, organizações religiosas e outras estabelecendo fóruns sobre o saneamento para identificar as suas preocupações.

À medida que a campanha se desenvolveu e a procura por saneamento aumentou, surgiu um pequeno sector empresarial muito activo. O Bangladesh é agora um líder mundial na produção, venda e manutenção de latrinas de baixo custo. No final de 2000, havia 2.400 pequenos centros de produção de latrinas registados. Esse número está agora nos 3.000, demonstrando uma vez mais a capacidade de resposta dos fornecedores de pequena dimensão aos mercados locais. O custo das latrinas caiu em flecha. Entretanto, os esforços das aldeias têm tido o apoio de ONG em esquemas de micro financiamento, mobilização de poupanças e concessão de empréstimos.

Embora o programa tenha tido como base abordagens de resposta às necessidades, a política nacional também tem sido importante. Governos sucessivos têm tornado o saneamento rural numa prioridade. A Política Nacional para a Água e Saneamento, de 1998, estabelece um enquadramento político para parcerias entre empresas de pequena dimensão e grupos comunitários, providencia também apoio para a divulgação e formação através de agências governamentais locais e nacionais.

Para ter uma ideia da eficácia desta parceria, façamos a comparação entre o Bangladesh e a Índia. Há dez anos atrás os dois países enfrentavam problemas semelhantes. Desde então, a Índia tem gozado dum crescimento económico bem mais rápido, alargando o fosso de rendimentos entre os dois países. Mas o saneamento rural na Índia tem ficado bem mais para trás do que no Bangladesh (ver quadro), embora tenha havido progressos em alguns estados indianos.

Nos próximos 10 anos, os maiores desafios serão manter o impulso criado ao longo dos últimos anos e reduzir as desigualdades no acesso. Uma vez que os dados são desiguais, o governo do Bangladesh está preocupado que a taxa nacional de cobertura do saneamento possa esconder o facto de os agregados rurais mais pobres serem incapazes de financiar até mesmo latrinas de baixo custo. A resposta tem sido dada transferindo toda a fatia destinada ao programa de desenvolvimento anual para o saneamento para subsidiar as necessidades dos 20% mais pobres da população.

Melhorias no saneamento e na mortalidade infantil: Bangladesh e Índia, de 1990-2004

Indicador	Bangladesh			Índia		
	1990	2004	Varição	1990	2004	Varição
Saneamento, nacional %	20	39	19	14	33	19
Saneamento rural %	12	35	23	3	22	19
Mortalidade infantil (por 1.000 nados vivos)	96	56	-40	84	62	-22

Fonte: Quadro de indicadores 10; OMS e UNICEF 2006

Fonte: Bangladesh 1998, 2005; Kar e Pasteur 2005; Pratical Action Consulting 2006a; VERC 2002; WSP-SA 2005.

conferida ao saneamento no planeamento nacional.²⁰ Segundo a estratégia nacional, todos os distritos deveriam identificar as falhas de cobertura

das aldeias até às cidades e desenvolver estratégias para as resolver. As agências governamentais na Tailândia desenvolveram tecnologias acessíveis

Caixa 3.5 Sulabh — a fazer chegar o saneamento aos pobres da Índia

Fundada em 1970 para tratar dos problemas de saneamento das castas inferiores e dos grupos pobres na Índia, Sulabh surgiu como um dos maiores fornecedores de instalações sanitárias não governamentais do mundo. Além da sua escala, aquilo que confere ao seu sistema de abastecimento um maior interesse é a sua viabilidade comercial.

Em pouco mais de três décadas, Sulabh, que inicialmente era um modesto projecto no estado de Bihar, tornou-se numa operação que cobre 1.080 cidades e 455 distritos em 27 estados indianos. Construiu mais de 7.500 blocos sanitários públicos e 1,2 milhões de latrinas privadas, fazendo chegar o saneamento a 10 milhões de pessoas. Investigações em Hyderabad revelaram que cerca de metade dos utilizadores das instalações da Sulabh têm ordenados inferiores ao do limiar de pobreza, sendo este grupo dominado por negociantes de pequena dimensão, trabalhadores manuais e um amplo leque de trabalhadores informais.

A Sulabh segue um modelo empresarial, não de caridade. Celebra contratos com os municípios e com os fornecedores do sector público para construir blocos sanitários com fundos públicos. As autoridades locais fornecem os terrenos e financiam as ligações iniciais de abastecimento, mas todos os restantes custos são financiados pelas tarifas cobradas ao utilizador. As tarifas são de cerca de 1 rupia (2 cêntimos). O acesso é grátis para as crianças, pessoas com deficiências e para os que não podem pagar. Em 29 bairros degradados, a Sulabh construiu blocos de sanitas que funcionam sem custos para o utilizador devido a contratos de serviços com os municípios.

A Sulabh também produz e comercializa latrinas, com preços que vão dos 10 aos 500 dólares. As latrinas de baixo custo são concebidas para famílias pobres e são comercializadas com a ajuda de um subsídio do governo que financia metade do custo e concede suaves empréstimos que se podem pagar ao longo de 12 a 30 anos.

Fonte: Bathia 2004; Chary, Narender e Rao 2003; Patak 2006.

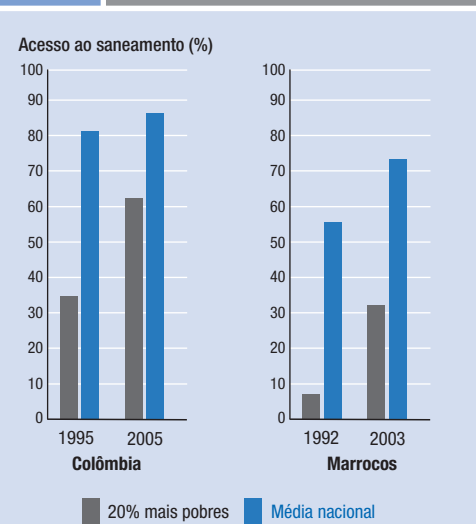
e razoáveis para os mais pobres, deram formação em manutenção e financiaram fundos rotativos para fazer face aos custos de capital. Programas de saúde comunitária aumentaram a percepção dos benefícios de saúde do saneamento.

Os sucessos governamentais nalgumas zonas podem dar relevo a fracassos de políticas públicas noutras zonas. Tanto a Colômbia como Marrocos estenderam o acesso a saneamento melhorado a alguns dos mais pobres da sociedade. A

taxa de cobertura na Colômbia, cerca de 86% em 2005, é muito maior do que aquela que o rendimento médio nacional faria prever (figura 3.5). Em Marrocos, a cobertura dos 20% mais pobres quadruplicou desde 1992. Mas em ambos os países, o progresso tem sido travado por um visível preconceito que sublinha as desigualdades entre as zonas rurais e urbanas.²¹

O preconceito urbano pode dever-se em parte ao planeamento de política nacional. Na Colômbia, a responsabilidade sobre a água e o saneamento foi devolvida aos municípios que registam um bom nível de prestação de serviços. As transferências fiscais do governo central para os municípios representam dois terços do investimento em água e saneamento e os municípios mais pobres e mais pequenos recebem mais per capita.²² Outros programas do governo central são dirigidos para subsidiar os agregados mais pobres na obtenção de ligação e serviço (ver capítulo 2) e providenciam aos serviços mais pequenos empréstimos e assistência técnica. Estas políticas trouxeram benefícios palpáveis para famílias urbanas pobres. Também em Marrocos, as políticas do governo criaram incentivos para que os serviços alargassem o abastecimento a famílias urbanas pobres. O problema dos dois países é a inexistência de uma estratégia nacional eficaz de saneamento para as zonas rurais. Por exemplo, o Plano de Desenvolvimento Nacional colombiano tem como objectivo a cobertura das zonas urbanas, não das zonas rurais. Os objectivos políticos e os padrões nacionais são estabele-

Figura 3.5 O crescimento pró-pobreza no acesso ao saneamento na Colômbia e em Marrocos



Fonte: cálculos do Gabinete do Relatório do Desenvolvimento Humano baseados em Measure DHS 2006.

cidos para as redes e ligações de tubagens, mas as latrinas de fossa podem ser mais adequadas para as zonas rurais.

Parcerias com a comunidade

Criar um ambiente onde o saneamento tanto é visto como uma responsabilidade doméstica como um direito da comunidade pode alterar as atitudes e os comportamentos que limitam o progresso. Esse tal ambiente requer uma interacção dinâmica entre as agências governamentais e as comunidades. O que significa usar o capital social das comunidades e construir um sentido de solidariedade social e cidadania partilhada, com os governos a criar um ambiente político que permita às pessoas progredirem em direcção ao saneamento melhorado.

Alguns dos mais evidentes casos de sucesso no saneamento são produto de parcerias entre os governos e as comunidades, com um amplo leque de organizações da sociedade civil a fazer a ponte entre os dois. A política pública pode criar procura e amplificar as iniciativas comunitárias. A campanha de saneamento total do Bangladesh é um exemplo. Outro exemplo é o rápido progresso do saneamento rural no Lesoto, onde um forte processo de planeamento nacional e liderança política com grande ênfase no envolvimento comunitário obteve progressos reais (caixa 3.6).²³

Muitas intervenções governamentais foram justificadamente criticadas por fornecer tecnologias desadequadas, mas as histórias de sucesso são menos valorizadas em termos globais. No Brasil, os governos municipais modificaram a prioridade dada a tecnologias convencionais de esgoto passando para uma alternativa de menor custo, o sistema de condomínios. Esse sistema facilitou um aumento sustentado das taxas de cobertura.²⁴

Num sistema convencional de esgotos, presta-se o serviço a cada uma das habitações. No modelo de esgotos de condomínio, o serviço é prestado a quarteirões ou grupos de residências, evitando a necessidade de tubagens para cada lote ou mesmo em cada rua de um bairro. Essa rede tem duas partes. O sistema da cidade tem um ramal coletor ligado a micro sistemas paralelos que recebem águas residuais dos blocos de condomínios. Estes sistemas têm em consideração a topografia local e as condições de escoamento, reduzindo dramaticamente o comprimento do sistema de tubagens. E podem funcionar independentemente até que possam estar ligados ao coletor geral.

O desenvolvimento do sistema de condomínios no Brasil teve um carácter tanto político como tecnológico. A participação comunitária

Caixa 3.6

Lesoto — progresso no saneamento rural

Há vinte anos, o Lesoto começou um pequeno projecto piloto para o saneamento rural financiado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento e o Fundo das Nações Unidas para a Infância. Desde então, a cobertura rural cresceu de 15% para 32%, mais do que em muitos países com níveis de rendimento mais altos. O objectivo actual é a cobertura total até 2010.

O programa tem fomentado a procura e providenciado apoio para a formação em construção de latrinas. Equipas de saneamento distritais trabalham, através de estruturas comunitárias, para aumentar a consciência dos benefícios do saneamento, criando a necessidade de latrinas aperfeiçoadas. A resposta em termos de oferta surgiu sob a forma de prestadores de serviços locais de pequena escala, apoiados por agências governamentais locais.

A integração da educação para a higiene e saúde, com actividades técnicas e de construção, é suportada por uma cooperação nacional envolvendo o Ministério do Interior (para os aspectos relacionados com o equipamento) e o Ministério da Saúde. A coordenação entre o sector de abastecimento de água também foi melhorada.

Um dos desafios para atingir o objectivo de 2010 é chegar a alguns dos agregados mais pobres do país. A recuperação total dos custos e a política de subsidiação zero criou incentivos para a inovação. Mas mesmo as latrinas básicas continuam além das capacidades económicas dos mais pobres. Só muito recentemente foram postas em prática medidas para reduzir os custos das latrinas através de programas de microcrédito que oferecem períodos de reembolso alargados.

Fonte: Jenkins e Sugden 2006; Banco Mundial 2004b

nas tomadas de decisão é amplamente entendida como um direito e um dever de cidadania, e o condomínio gera uma unidade social que facilita as decisões colectivas. Os membros do condomínio têm de concordar na localização adequada da rede de ramais e têm de se organizar para levar a cabo actividades complementares, incluindo a sua construção e manutenção. Neste momento, este sistema é uma parte central do sistema de esgotos que serve 2 milhões de pessoas só em Brasília (caixa 3.7).

Criar condições para o progresso

A liderança governamental é essencial na criação de progresso no saneamento por algumas razões óbvias. As comunidades ou ONG agindo individualmente podem criar núcleos de sucesso, por vezes numa escala impressionante. Mas os avanços criados por projectos não podem substituir os recursos financeiros, políticos e administrativos que os governos podem comportar.

Veja-se o caso de Bengala Ocidental na Índia. Desde 1990 que o governo estadual desenvolveu uma estratégia para expandir o saneamento rural, recorrendo a parcerias a longo-prazo com agências internacionais como a UNICEF, ONG a nível estadual e outros grupos e envolvendo-as na campanha de saneamento total da Índia.²⁵ A campanha de Bengala Ocidental é a única na

3

O grande défice no saneamento

Desenvolvido na década de 80 para fazer chegar o saneamento a famílias pobres, o sistema de condomínios surgiu como uma solução para a gestão de saneamento em áreas urbanas inteiras, independentemente dos seus rendimentos. A Companhia de Água e Esgotos de Brasília demonstra como tecnologias inovadoras podem ser ampliadas a partir de pequenos projectos para cobrir cidades inteiras.

No início da década de 90, a falta de saneamento nas zonas peri-urbanas de Brasília e a contaminação do lago Paranoa levaram as autoridades municipais a embarcar num grande programa de saneamento. A companhia precisava de fazer chegar a rede de esgotos a 1,7 milhões de pessoas. As tecnologias convencionais teriam sido financeiramente inoportáveis, o que estimulou a procura de alternativas de baixo custo.

Depois de estudos piloto iniciais, foi adoptado o modelo de condomínios tanto para bairros peri-urbanos como para áreas mais abastadas da capital. Os fundos vieram do Banco Federal de Desenvolvimento e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, com ajudas adicionais da capital e do distrito federal. De 1993 a 2001, estima-se que 188.000 ligações de esgotos de condomínios no distrito federal tenham beneficiado cerca de 680.000 pessoas.

O envolvimento comunitário foi fundamental desde o início. Os agregados tinham a opção de fazer o trabalho de ligação eles próprios, sob a supervisão dos serviços, ou de pagar a ligação. As tarifas foram estabelecidas de forma a reflectir os custos, sendo as tarifas mais baixas aplicadas a agregados dispostos a instalar tubagens nos seus quintais e a serem responsáveis pela manutenção do sistema.

O que ditou o sucesso do modelo de Brasília? Em primeiro lugar, os serviços tomaram uma forte decisão sobre a tecnologia a utilizar, comunicaram claramente esta decisão ao público e consequentemente adaptaram a sua estrutura interna. Em segundo lugar, um sistema de saneamento descentralizado com potencial para se integrar numa rede para toda a cidade conferiu-lhe uma flexibilidade considerável. Resposta às necessidades, prestava-se a ser aplicado a blocos de condomínios e a micro sistemas diferentes. Em terceiro lugar, a participação da comunidade manteve os custos baixos e melhorou a eficiência.

Fonte: Melo 2005.

Índia que tem um organismo próprio, o Instituto Estadual de Panchayats e Desenvolvimento Rural (SIPRD), que é responsável pela monitorização da cobertura, pela condução de revisões e avaliações, e por dar apoio e formação ao governo local. A campanha dá ênfase à educação em termos de higiene e ao envolvimento comunitário para gerar procura. Mas as agências governamentais e as ONG também estiveram fortemente envolvidas no lado da oferta. Os governos locais têm apoiado as redes de comércio de sanitários rurais no fabrico de lajes de latrina de baixo custo, têm apoiado também a formação de pedreiros para trabalharem nas aldeias.

Os resultados têm sido impressionantes. Em 1990, quando o governo estadual deu o impulso para o saneamento rural em Midnapur, o maior

distrito da Índia na altura, as taxas de cobertura eram inferiores a 5%. A cobertura actual é de 100%. Em todo o estado, foram construídos e instalados 2 milhões de sanitários nos últimos 5 anos, fazendo aumentar a cobertura estadual de 12% em 1991 para mais de 40% actualmente. Os subsídios governamentais cobrem cerca de 40% do custo da latrina, mas a maior parte dos gastos públicos vão para campanhas e programas de comercialização e construção de latrinas.

Os feitos conseguidos em Bengala Ocidental nos últimos cinco anos são fruto de décadas de investimento político e institucional. Os dados de outros estados dão relevo às dificuldades em alcançar um rápido progresso sem estes investimentos. Por exemplo, Andhra Pradesh lançou uma enorme campanha de saneamento em 1997. Mas a campanha incidiu em latrinas de custo relativamente alto e fortemente subsidiadas (o preço médio era 5 vezes mais alto do que em Bengala Ocidental). As avaliações indicam que a campanha chegou a poucas pessoas pobres e que muitas das novas latrinas foram abandonadas. O problema não reside no uso de subsídios mas na incapacidade de os afectar e de criar procura através de parcerias comunitárias.

Os altos custos da ligação a um sistema significam que o saneamento no local continuará a ser a opção mais viável em muitas áreas de baixo rendimento. As casas de banho públicas do modelo desenvolvido pela Sulabh e outros ilustram uma abordagem a usar em zonas de alta densidade populacional. No entanto, os governos poderiam fazer muito mais para criar um ambiente que fomentasse o desenvolvimento de serviços, como o vazamento de fossas e o tratamento das águas residuais que neste momento fazem falta em tantas cidades. Como consequência, os agregados mais pobres estão a suportar não só os custos da construção das latrinas como os de fornecer a infra-estrutura para o tratamento dos dejectos.

O serviço público ou as parcerias público-privadas podem fazer a diferença. Os serviços públicos podem fazer o abastecimento ou criar condições para o seu desenvolvimento através de contratos com o sector privado. Em Dar es Salam, as autoridades municipais emitem licenças a pequenas empresas para fazer a prestação do serviço de remoção de esgotos com uma variedade de preços suportáveis para os agregados mais pobres. As empresas são obrigadas a depositar as águas residuais em locais de tratamento autorizados. À medida que mais empresas entram no mercado, os preços caíram. Uma condição para o desenvolvimento dum infra-estrutura de tratamento de águas residuais devidamente

regulada é a existência de locais de tratamento de águas. Nos bairros degradados de Kibera em Nairobi, empresas de pequena dimensão funcionam numa base informal durante a época das chuvas, altura em que vazam os detritos de forma a serem levados pela água das chuvas. Não existem alternativas imediatas porque não há nenhum local destinado a esse fim.

O problema do financiamento

Tal como com a água, as habitações que se querem ligar a uma rede formal de saneamento têm de pagar a ligação e os custos habituais do seu uso. Para a vasta maioria dos agregados sem ligação, instalar uma latrina de fossa implica custos financeiros como custos de mão-de-obra. Ultrapassar a barreira do financiamento é uma parte importante da estratégia de aceleração do progresso.

No passado, os governos aplicavam subsídios directamente a material de saneamento, tentando assim aumentar a sua procura diminuindo os preços. Muito frequentemente estes subsídios beneficiavam desproporcionalmente os agregados com rendimentos mais altos, que eram normalmente os únicos a conseguir pagar as instalações sanitárias que se podiam candidatar a subsídios do governo. Aparentemente foi isto que aconteceu no Zimbabué, onde os subsídios do governo apoiavam os gastos do agregado familiar sem que os pobres fossem claramente visados. O súbito corte dos subsídios levou a uma queda abrupta na construção de sanitários. Em Moçambique, um programa nacional para a expansão da cobertura de saneamento urbano, que durou duas décadas, entrou em colapso no final da década de 90 quando a redução dos fluxos de auxílio levaram ao corte dos subsídios governamentais e os preços das lajes de latrina subiram 400%.

Desenvolver mercados que dão resposta

Com as novas abordagens de resposta às necessidades, as atenções desviaram-se para o estímulo da procura. Em alguns casos, estas abordagens têm sido baseadas no poder das finanças dentro das comunidades. O Bangladeche e o Lesoto têm políticas de zero-subsídios para os mais favorecidos, indo a maior parte do apoio financeiro para o marketing social de latrinas.²⁶ Nesta abordagem está implicitamente assumido que os investimentos crescentes em tecnologia

e construção de latrinas farão baixar os preços para níveis suportáveis à medida que o mercado se desenvolve.

Essa premissa é em parte suportada pelas evidências. No Bangladeche, a campanha de saneamento total foi o berço de muitas pequenas empresas altamente inovadoras, especializadas em fornecer e manter saneamento de baixo custo. No Lesoto, o investimento público em formação e marketing gerou uma forte resposta do sector privado. Os preços das latrinas baixaram, o seu design foi melhorado e as pequenas empresas tornaram-se altamente especializadas para trabalhar no mercado local.²⁷ Mas existem limites para aquilo que o mercado consegue fazer quando a pobreza é generalizada. Tanto o Bangladeche como o Lesoto têm enfrentado grandes dificuldades na expansão do acesso entre os sectores mais pobres da sociedade; um problema que pode atrasar o progresso se não for resolvido.

A experiência do Vietname, um país com um alto desempenho no alargamento de acesso ao saneamento, é elucidativa. Como já foi referido, os números nacionais escondem grandes desigualdades na cobertura entre as zonas rurais e urbanas, e entre as zonas ricas e pobres. Os factores de custos ajudam a explicar a existência dessas desigualdades. Os programas de ajuda estão agora a comercializar latrinas para agregados com baixo rendimento, a preços que vão dos 35 aos 90 dólares.²⁸ Em média, estes agregados gastam 72% dos rendimentos em alimentos. Caso o resto dos rendimentos fosse para a aquisição de uma latrina, isso implicaria um enorme desvio dos recursos destinados à saúde e à educação.

Alguns governos desenvolveram estratégias inovadoras para subsidiar transversalmente o saneamento. No Burquina Faso, os serviços de água e saneamento cobram uma pequena taxa de saneamento aos utilizadores de água; metade dessas verbas é usada para financiar o marketing social do saneamento. Outro quarto das verbas apoia a construção de instalações de saneamento melhoradas em zonas com baixo rendimento. Essa taxa foi usada para financiar as instalações sanitárias de todas as escolas primárias de Uagadugu. Os agregados têm direito a receber ajuda financeira para latrinas de fossa melhoradas e para latrinas com descarga manual. No entanto, os agregados devem financiar 70 a 80% do custo das instalações de saneamento.²⁹ Estes custos são altos em relação aos recursos das pessoas com baixo rendimento, o que significa que os agregados mais pobres podem não ser alcançados.

O financiamento doméstico e outros problemas

A maior parte dos países que conseguiram alcançar um rápido progresso fizeram uma grande mobilização dos recursos domésticos, apoiando

Ultrapassar a barreira do financiamento é uma parte importante da estratégia de aceleração do progresso no saneamento

3

O grande défice no saneamento

A maior parte dos países que conseguiram alcançar um rápido progresso fizeram uma grande mobilização dos recursos domésticos, apoiando simultaneamente os mercados que forneciam manutenção e tecnologia

simultaneamente os mercados que forneciam manutenção e tecnologia. Mais uma vez, o factor principal é a força do processo político nacional. Na China, o progresso do saneamento nas zonas rurais estava muito atrás do das zonas urbanas até meados da década de 90, atrasando os avanços em termos de saúde. Desde então, o saneamento rural tem sido parte integrante da estratégia nacional de saúde. Os governos provinciais e regionais supervisionam planos para atingir os objectivos estabelecidos pelo governo. Foram investidos recursos no desenvolvimento e na comercialização de latrinas sanitárias criadas para as zonas rurais. O resultado tem sido impressionante, com a duplicação da cobertura rural de saneamento em cinco anos. O financiamento provém duma série de fontes: os utilizadores pagam 70% do custo, as associações das aldeias 15% e o governo cerca de 15%. Estes números dão uma indicação do nível de mobilização de recursos domésticos, embora se mantenham as questões de incapacidade financeira por parte dos agregados mais pobres.³⁰

Em todos os países em desenvolvimento, os recursos domésticos continuarão a ser uma fonte fundamental para o financiamento no saneamento. Mas existem limites para o que os agregados mais pobres podem pagar. Muitos governos e doadores de auxílio continuam a ser profundamente contra o uso de subsídios para o saneamento doméstico. No entanto, sem os subsídios, o saneamento adequado continuará fora do alcance de uma grande parte da população do mundo em desenvolvimento, implicando riscos de saúde pú-

blica assim como pobreza. Embora seja verdade que a história dos subsídios para o saneamento não é encorajadora, não se devem excluir os sistemas inovadores de financiamento, como o microfinanciamento para o investimento inicial e o reembolso a longo prazo. Na Índia, a Water-Aid cooperou com os governos locais no desenvolvimento desses sistemas de microfinanciamento.³¹ Iniciativas deste tipo podem ser aplicadas em programas nacionais quando enraizados em sistemas de participação comunitária.

À medida que os governos tentam colocar os seus países em linha com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio de 2015, torna-se importante colocar as questões de igualdade de uma forma clara nas agendas políticas. Para uma grande parte da humanidade, o saneamento básico continuará a ser financeiramente incomportável num futuro imediato. Sem apoio financeiro para os agregados mais pobres, as medidas de recuperação de custos demasiadamente ambiciosas e as estratégias de ausência de subsídios irão progredir lentamente. Alguns dos custos serão suportados pelos que são excluídos. Mas outros custos serão transmitidos a toda a comunidade. O argumento a favor da existência de subsídios no saneamento, como na água, encontra-se parcialmente no facto de todos terem os seus direitos humanos básicos reconhecidos, independentemente da sua capacidade de pagar, e parcialmente no facto de os custos da exclusão saírem da esfera dos agregados passando para a esfera pública.

O caminho a seguir

A enorme diversidade de experiências dos países em desenvolvimento em termos de saneamento adverte-nos contra receitas universais. Nalgumas áreas, existe um claro paralelismo entre a água e o saneamento. Noutras, o saneamento apresenta desafios diferentes porque envolve não só a reforma de políticas públicas e financeiras mas também alterações de comportamento radicais. Surgem quatro grandes questões como indicadores para o sucesso futuro.

Primeiro, o problema da liderança política e das políticas nacionais. Países tão diferentes como o Bangladesh, a China e o Lesoto registaram um rápido progresso no saneamento, e todos eles seguiram diferentes políticas. Mas em todos os casos,

os líderes políticos nacionais transmitiram claramente a mensagem que o saneamento fazia parte da política de desenvolvimento nacional. A Colômbia e Marrocos progrediram nas zonas urbanas porque têm fortes estratégias municipais de abastecimento de saneamento através serviços públicos, mas as zonas rurais sofreram por terem enquadramentos políticos mais fracos. As estratégias de redução de pobreza deviam ser um ponto fulcral nos planos nacionais, mas planos sem apoio político credível e sustentado não obtêm os resultados ideais. Fortalecer o peso financeiro e político dos ministérios envolvidos e fortalecer as estruturas de governo locais que lidam com o saneamento é o ponto de partida para resolver a desfragmentação actual.

Segundo, a participação pública deve ser parte do planeamento nacional, a todos os níveis. Uma das consequências da fraca participação é a longa história do fornecimento implementado pela oferta que esbarra contra a falta de procura por parte das comunidades. O envolvimento das comunidades pode identificar tecnologias de baixo custo adequadas à melhoria da cobertura, como aconteceu com o programa de condomínios no Brasil e no Projecto-piloto Orangi no Paquistão.

Terceiro, acelerar o progresso requer a identificação de quem não é servido e porquê. Um objectivo transversal é colocar as pessoas pobres no centro do serviço de abastecimento, permitindo que sejam elas a monitorizar e a disciplinar os prestadores do serviço e incentivando os prestadores de serviço a ouvir quais são as necessidades dos clientes. Complementar as actuais metas dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio para o saneamento com metas explícitas de redução das desigualdades baseadas na riqueza e na localização iria ajudar de duas formas: iria concentrar a atenção da política pública e aumentar a importância do problema das desigualdades na agenda política. Reduzir para metade as desigualdades entre os 20% mais ricos e os 20% mais pobres, ou entre as zonas rurais e urbanas, seria um complemento óbvio da meta de redução para metade do défice nacional em termos de níveis de cobertura dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. As desigualdades de género são críticas no atraso do progresso do saneamento. Aumentar a voz das mulheres no debate sobre as políticas públicas e nos mercados para o saneamento iria fortalecer os incentivos para um melhor abastecimento. Mas eliminar as desigualdades de género ultrapassa a política de saneamento indo até às profundamente enraizadas relações de poder dentro das famílias. Da mesma forma, dar voz aos moradores dos bairros degradados, aos pobres rurais e a outros grupos marginalizados nos debates sobre as políticas nacionais envolve mudanças políticas de fundo.

Quarto, as parcerias internacionais podem fazer a diferença. A água e o saneamento continuam marcados por parceiros de auxílio fracos e fragmentados, e por subfinanciamento constante. O saneamento é o parente pobre. Ainda

que vários doadores financiem as infra-estruturas de saneamento, o diálogo sobre o alargamento do saneamento aos pobres está subdesenvolvido. Tanto no saneamento como na água, as parcerias de auxílio eficazes criadas com base em processos participativos de planeamento nacional podem aproximar-nos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. A proposta para o plano de acção global delineada no capítulo 1 poderia desempenhar um papel construtivo.

Há trinta anos, as conferências internacionais sobre a água e saneamento apontavam a tecnologia como o maior obstáculo para o progresso. Desse ponto de vista, a invenção e o desenvolvimento de opções de baixo custo criaria o ímpeto tecnológico para resolver o programa. Mais recentemente, o financiamento foi identificado como sendo o maior obstáculo. As experiências nacionais e os estudos de caso mostrados neste capítulo demonstram que as barreiras tecnológicas e financeiras podem ser ultrapassadas.

A maior barreira é a falta de vontade dos líderes políticos nacionais e internacionais em pôr os excrementos e o seu tratamento seguro na agenda internacional do desenvolvimento. Até muito recentemente, outro assunto tabu estava ausente da agenda internacional do desenvolvimento — o VIH/SIDA. Esse tabu tem sido agora desafiado em muitos países por líderes políticos e coligações dispostas a fazer frente a esta pandemia que abalou o bem-estar humano numa forma sem precedentes. Então porque é que o tabu do saneamento tem sido tão difícil de ultrapassar? Parte da razão pela qual isso acontece, ao contrário do VIH/SIDA que afecta da mesma forma ricos e pobres, é que os custos do défice do saneamento são esmagadoramente suportados pelos pobres. A outra parte da razão é que os custos são menos visíveis. Mesmo assim, o VIH/SIDA é semelhante ao saneamento num ponto crucial: o seu potencial de destruição sustentada. Sem fortes aliados que despertem consciências, mobilizem recursos e dêem dimensão às parcerias que possam fazer a diferença, o saneamento desadequado permanecerá um dos maiores potenciadores de pobreza, falta de saúde e desigualdades. Logo, uma das maiores ameaças ao projecto dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

A maior barreira é a falta de vontade dos líderes políticos nacionais e internacionais em pôr os excrementos e o seu tratamento seguro na agenda internacional do desenvolvimento

