

Futuros do Brasil **textos para debate**

Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS

Organizador:

Léo Heller

Autores:

Telma Menicucci

Raquel D'Albuquerque

Ana Lucia Britto

Fernando Sarti

Fernanda Ultremare

Léo Heller

Futuros do Brasil textos para debate

Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS

Léo Heller¹

Telma Menicucci²

Raquel D'Albuquerque³

Ana Lucia Britto⁴

Fernando Sarti⁵

Fernanda Ultremare⁶

(1) Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz-Minas (Fiocruz-Minas), professor voluntário da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

(2) Doutora em Ciências Humanas – Sociologia e Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora associada da Universidade Federal de Minas Gerais, coordenadora do Publicus - Núcleo de Estudos em Gestão e Políticas Públicas, do Departamento de Ciência Política.

(3) Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência Política pela Universidade Federal de Minas Gerais (PPGCP/UFMG).

(4) Professora do Programa de Pós Graduação em Urbanismo – Prourb da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

(5) Professor do Instituto de Economia da Unicamp e Pesquisador do Núcleo de Economia Industrial e Tecnologia (Neit).

(6) Doutora em Economia pela IE-Unicamp e Pesquisadora do Centro de Estudos de Relações Internacionais (Ceri) e do Núcleo de Economia Industrial e Tecnologia (Neit)

Ministério da Saúde – MS

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade Lima – Presidente

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE/Fiocruz

Antônio Ivo de Carvalho – Coordenador

Coordenação editorial

Carlos dos Santos Silva

Editores assistentes

Eliane Bardana Chvili

Luciana Conti

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica

Tatiana Lassance Proença

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz

Fundação Oswaldo Cruz

Avenida Brasil 4036 – 10º Andar – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Brasil

Tel.: 55 21 3882-9133

cee@fiocruz.br

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

H477s Heller, Léo (Org.).

Saneamento como política pública: um olhar a partir dos desafios do SUS / organizado por Léo Heller. — Rio de Janeiro, RJ : Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz / Fiocruz, 2018.

144 p. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab. (Textos para Debate, 2)

Bibliografia.

ISBN: 978-85-8110-041-8

1. Saneamento. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde - economia. 4. Processo Saúde-Doença. 5. Formulação de Políticas. 6. Gestão em Saúde. 7. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 628

Sumário

I. Apresentação	7
<i>Leo Heller</i>	
II. Capítulo I	9
Política de saneamento vis-à-vis à política de saúde: encontros, desencontros e seus efeitos	
<i>Telma Menicucci & Raquel D'Albuquerque</i>	
1. Introdução	9
2. A trajetória da política de saneamento	11
3. A trajetória da política de saúde	22
4. Alguns indicadores de cobertura de saneamento e morbimortalidade associada a saneamento inadequado	33
5. Conclusões	44
6. Referências bibliográficas	49
III. Capítulo 02	53
Estudo Proposições para acelerar o avanço da política de saneamento no Brasil: Tendências atuais e visão dos agentes do setor	
<i>Ana Lucia Britto</i>	
1. Introdução	53
2. Os caminhos da universalização do acesso ao saneamento básico nos países do Norte e as questões atuais	54
3. Contexto nacional: a política pública de saneamento básico nos governos do PT – avanços e impasses	60
4. A radicalização da visão do saneamento básico como negócio: as propostas do governo Temer	79
5. Os atores coletivos do setor saneamento e suas propostas para a área	85
6. Considerações finais: Repensando caminhos para a política de saneamento básico no Brasil	99
7. Referências bibliográficas	102
IV. Capítulo 03	105
Padrão de investimento e a estratégia financeira das grandes empresas regionais do setor de Água e Esgoto (A&E) no Brasil	
<i>Fernando Sarti & Fernanda Ultemare</i>	
1. Introdução	105
2. Comparação internacional	106
3. Análise do investimento no setor saneamento básico no Brasil	111

4. Análise do desempenho econômico e financeiro do investimento em grandes empresas regionais selecionadas	117
5. Comentários finais	130
6. Referências bibliográficas	132

V. Capítulo 04 **133**

Saneamento no Brasil: outro mundo é possível e desejável

Léo Heller

1. Introdução	133
2. Trajetória sinuosa, frágil e resiliente	134
3. O presente	137
4. O futuro possível	139
5. O futuro desejável	140
6. Considerações finais	141
7. Referências bibliográficas	142

“Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico” é uma das importantes atribuições constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). A mensagem dada pelos constituintes, assessorados pelos militantes e intelectuais do movimento da Reforma Sanitária, é dupla. De um lado, apontam que o saneamento não é algo apartado das políticas de saúde dado seu relevante papel na determinação do processo saúde-doença no Brasil. Por outro lado, afirmam que a intersetorialidade é necessária para o fortalecimento tanto das políticas de saúde como das políticas de saneamento.

A reflexão necessária é: em que medida as mensagens da Constituição tiveram consequência na forma como a política de saúde – e de saneamento – vem operando? A provável resposta é que elas sejam feitas marginalmente. O saneamento segue sendo um tema estranho ao dia a dia da política e da gestão em saúde pública no Brasil, no nível federal e nos níveis subnacionais. Há baixo envolvimento, baixa disposição de compreensão de suas nuances e sua relação com a determinação da saúde, e baixa prioridade programática e financeira. Tal distanciamento traz consequências nos dois sentidos. Limita profundamente uma abordagem integral da saúde e abre espaço para políticas de saneamento que valorizam outras lógicas, em geral fortemente tecnocráticas e elitistas, quando não em direção contrária aos interesses dos que mais necessitam do apoio do Estado.

Se tal panorama sintetiza de forma ligeira o que ocorreu, mais desafiante é enxergar, com base nos sinais do presente, o que poderá suceder no futuro da política de saneamento, de sua relação com a política da saúde e da forma como evoluirá o acesso aos serviços, sobretudo de um grande contingente da população brasileira que não o tem da forma como seus direitos o indicam. Portanto, é indispensável assinalar que esta publicação é redigida em um momento de enorme crise de valores civilizatórios, que, inevitavelmente, aponta para um futuro muito pessimista nesse terreno.

Essas reflexões encorajaram o Centro de Estudo Estratégicos da Fiocruz (CEE) a aprofundar análises sobre o setor de saneamento, buscando influenciar sua trajetória futura, a partir de uma perspectiva do SUS. Para tanto, estimulou pensadores da área a darem respostas a três questões-chave que podem moldar um pensamento e uma plataforma para alteração da realidade. Telma Menicucci e Raquel D'Albuquerque buscam situar a política pública de saneamento no contexto das demais políticas sociais brasileiras e enfatizam o diálogo entre a trajetória das políticas de saneamento e de saúde. Fernando Sarti e Fernanda Ultrmare procuram mostrar o que provoca o atraso na evolução histórica da política de saneamento sobre o desenvolvimento do país a partir de uma perspectiva econômica. Ana Lúcia Britto identifica as diferentes proposições para acelerar o avanço da política de saneamento no Brasil. Este coordenador procura, em seu capítulo, captar o conjunto da obra e sintetizar as direções que aponta.

A elaboração dessas reflexões contou com uma consulta ampla a diferentes atores sociais dos setores de saneamento e de saúde, inclusive internamente à Fiocruz, e de uma série de diálogos entre os autores da coletânea, visando harmonizar as contribuições e assegurar sua direcionalidade política.

Esta série, *Textos para Debate*, portanto, representa um esforço do CEE/Fiocruz, dos autores dos textos e de seu coordenador, para oferecer às áreas de saneamento e de saúde um conjunto de reflexões que oriente discussões, bandeiras de lutas e formulação de políticas públicas. Que frutifique!

Política de saneamento vis-à-vis à política de saúde: encontros, desencontros e seus efeitos

*Telma Menicucci
Raquel D'Albuquerque*

| I- Introdução |

O saneamento tem sido predominantemente tratado a partir de abordagens mais técnicas do que políticas (Britto et al, 2012). Nessa segunda perspectiva, importa pensar o saneamento enquanto uma política pública que implique decisões, a partir de concepções e parâmetros normativos, definidas no âmbito de configurações institucionais diversas e com características mais ou menos democráticas.

Outra questão a considerar, com base na reflexão sobre saneamento enquanto objeto substantivo, é sua dimensão transversal, na medida em que se associa a diferentes dimensões da realidade, tanto econômica na sua relação com infraestrutura e desenvolvimento como no tocante ao bem-estar das pessoas – em que pese a articulação entre as duas. Na segunda dimensão, a reflexão sobre saneamento é indissociada (embora não subsumida a elas) das questões ambientais e, em termos finalísticos de seus efeitos sobre a saúde, traz à tona elementos valorativos que conduzem toda decisão de política pública. E remete à indagação: por que saneamento é importante? Embora em termos exclusivamente técnicos seja lugar comum reconhecer que o saneamento, junto com outras características do ambiente, da sociedade e dos indivíduos, integre os chamados determinantes dos processos de saúde e doença, no campo das decisões políticas nem sempre as coisas andam juntas; ou seja, as decisões relativas à política de saneamento nem sempre estão articuladas historicamente àquelas relativas à saúde. No caso brasileiro, esse divórcio é regra, com exceção num contexto mais remoto de surgimento das preocupações públicas com o saneamento derivadas de um cuidado com a saúde, no momento de constituição da saúde enquanto uma questão pública no início do século XX. Depois disso, a separação dos dois campos passa a ser a regra, renunciando-se, apenas mais recentemente, a possibilidade de integração ou, pelo menos, de algum nível de articulação entre as duas áreas da política pública. Se no debate técnico da saúde já se discutiu, à exaustão, que o acesso aos serviços de saúde tem impacto relativamente reduzido sobre suas condições de saúde, as quais são afetadas por diversos fatores de natureza econômica, social e ambiental, como então explicar a relativa obscuridade dessas relações no processo de definição tanto das políticas de saúde como da política de saneamento, bem como o desenvolvimento mais acelerado, em termos de formatação institucional de política pública, do campo da saúde em relação ao saneamento?

A trajetória histórica desses dois setores de ação governamental pode contribuir para iluminar um pouco esse resultado. Esse é o objetivo central deste capítulo: recuperar de forma interpretativa a construção e a trajetória da política (ou mesmo de uma não política em algum momento) de saneamento e da política de saúde no Brasil. Pretende-se mostrar o processo de articulação/desarticulação entre as duas políticas e o desenvolvimento, muito mais incipiente, da política de saneamento vis-à-vis à política de saúde, em que pesem as consequências para a saúde das inadequadas condições de saneamento.

Alguns fundamentos teórico-conceituais básicos que embasam o campo de análise de políticas públicas orientam a reconstrução dessas políticas. Primeiramente, assume-se outro lugar comum de que toda política

pública é resultado de uma decisão política, que é definida em processos políticos sempre caracterizados por conflitos entre valores e ideias relativas à concepção sobre o papel do Estado, os graus de sua intervenção na sociedade e, conseqüentemente, sobre que ações (ou políticas) deve produzir. As políticas públicas são sempre escolhas em um quadro de conflitos de preferências, mediados por instituições políticas mais ou menos inclusivas e que se refletem no grau de influência de diferentes atores no processo decisório. É bom lembrar que política, por sua vez, refere-se a um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica de conflitos quanto a bens públicos, sendo, portanto, estreitamente ligada ao poder, que é desigualmente distribuído em uma sociedade; decorre daí que a política costuma ser um jogo desequilibrado.

Um segundo pressuposto refere-se à compreensão da gênese de uma política pública, particularmente aquelas inovadoras e que envolvem mudanças institucionais de maior escopo. Nesse caso, impõe-se percebê-las não como casualidades e nem admitir que as políticas respondam a necessidades inelutáveis dos governos. Isso significa que políticas não são construídas a partir da identificação de problemas que mereçam uma intervenção governamental – a própria assunção de que algo deva ser objeto de intervenção pública é definido na esfera política. Decorre daí que nem toda questão ou problema real é objeto de uma política pública, mas apenas determinados fenômenos sociais. Isso está relacionado à construção social de propostas no âmbito societário e/ou governamental a partir da emergência de determinadas compreensões dos problemas que passam a guiar o processo decisório (Menicucci, 2006). O que coloca algum tema ou situação problemática na agenda governamental não é sua natureza ou gravidade, mas quando atores políticos, governamentais e não governamentais, transformam essa situação em problema político, quer dizer, um problema que deve merecer a intervenção governamental por meio de uma política pública. Isso posto, alguns elementos são importantes para tal:

A formação de uma política pública pressupõe a interação ou a ação de um conjunto de atores, portadores de ideias reformadoras ou inovadoras, que constituem redes societárias e ou *policy networks* (Rhodes, 2007; Adam e Kriesi, 2007; Schneider, 2016, entre vários outros) ou ainda coalizões promotoras (Sabatier, 2007; Oliveira, 2011).

A mobilização política pode ser mais bem sucedida em algumas conjunturas propícias, como: a) situações de crise que provocam desequilíbrios institucionais favoráveis a mudanças institucionais; b) surgimento de janelas de oportunidades para transformações de políticas, como mudanças políticas mais amplas, econômicas ou de governo etc. (Kingdon, 1995; Sabatier, 2007; Menicucci, 2007; Weir, 1994).

Nesse processo, são importantes os “empreendedores de políticas” (Kingdon, 1995), entendidos como atores individuais ou coletivos que gastam energias, tempo e recursos para conseguir colocar um tema na agenda pública e governamental, o que envolve chamar atenção sobre um problema, difundir uma definição sobre ele e indicar soluções quando as janelas de oportunidade se abrem.

As ideias são importantes para processos de inovações de políticas públicas, pois o referencial de uma política é a imagem cognitiva da realidade, que inclui a percepção do problema e, conseqüentemente, as soluções e propostas de ação. Desmontar o monopólio de uma dada concepção e de uma dada política pública envolve a construção e difusão de uma nova imagem da política (True; Baumgartner, 2007). A influência de determinados atores internacionais num mundo globalizado é bastante relevante para difusão de ideias, formatação dos problemas e suas respectivas soluções.

A partir desses fundamentos, na reconstituição histórica das políticas de saneamento e de saúde serão enfatizados momentos cruciais nessa trajetória recente por significarem mudanças expressivas ou mesmo alterações de rota. Por meio de fontes secundárias, a intenção é recuperar os atores, interesses e ideias envolvidos, o contexto institucional no qual decisões foram tomadas, o conteúdo dessas decisões e suas principais consequências, bem como a maior ou menor articulação entre as duas áreas. Essa reconstituição é feita nas próximas duas seções. Em seguida, são apresentados alguns indicadores da cobertura de saneamento e de morbimortalidade, apontando associações entre condições de saúde e acesso a serviços de saneamento, com vistas a indicar possíveis consequências da desarticulação entre as duas políticas. Por fim, na última seção, são apresentadas algumas conclusões.

| 2- A trajetória da política de saneamento |

Ações voltadas para saneamento, particularmente para a provisão de água, são antigas no Brasil, datando do período colonial, seja como chafarizes, bicas e fontes públicas, e até a canalização de um rio para abastecimento da cidade do Rio de Janeiro. Até o século XIX, uma incipiente regulação das águas se limitava à concessão de privilégios para aproveitamento hídrico destinado às atividades de produção de açúcar e mineração. Mas falar de uma política pública sob a forma de um programa governamental, que articula ações em torno de eixos específicos, que expressa uma orientação normativa e define objetivos específicos, além de ser coercitiva no sentido de se impor pela autoridade legal e com alcance visando alterar a situação e os comportamentos de todos afetados pela política (Meny e Thoenig, 1992), é algo relativamente mais recente e se articula com o processo de formação do Estado brasileiro.

A historiografia relativa à estruturação dos serviços de saneamento identifica diferentes etapas nesse processo. Numa primeira fase, que vai até o final do século XIX, havia uma integração entre as ações de saúde e as de água e esgotamento sanitário, que representavam o segmento preventivo da saúde frente à ameaça de epidemias nas áreas urbanas e à situação sanitária precária na área rural (Rezende; Heller; Queiroz, 2009). Informava essa integração a teoria dos miasmas, que levava à ideia de sanear o ambiente urbano para promover a saúde pública. Nesse enfoque, o Estado assumiu responsabilidades sobre os serviços de água e esgotamento sanitário nas principais cidades do país, e o fez transferindo os serviços mais importantes para as empresas privadas, majoritariamente inglesas, cabendo ao Estado a regulamentação das concessões. Difundia-se, no Brasil, o modelo técnico europeu de infraestruturas, com o estabelecimento de redes de distribuição de água para as residências, não mais gratuitas, tendo como centro difusor a Grã-Bretanha (Britto, 2012, apud Murtha; Castro; Heller, 2015, p.199). Uma das consequências desse modelo, acompanhado da paulatina desativação dos chafarizes públicos, foi a concentração dos serviços nas regiões com consumidores com capacidade de pagamento, deixando de fora grande parte da população. Nasce aí a transformação da água em mercadoria, por meio dos serviços de abastecimento público, embora houvesse um refluxo nas concessões de serviços sanitários a companhias privadas a partir do final do século XIX, passando o poder público a assumir diretamente a responsabilidade sobre os serviços, à cargo dos municípios. Nesse processo emergem “corpos de engenheiros que substituiriam os estrangeiros na implantação de serviços sanitários e exerceriam forte influência sobre a administração pública” (Murtha; Castro; Heller, 2015, p.201).

Na primeira metade do século XX, com a consolidação de uma visão sanitaria, ampliaram-se as práticas voltadas para sistemas coletivos de água e esgotamento sanitário, mas com preponderância das intervenções voltadas para o abastecimento de água que se manterá na história do país. No período de 1910-1930, que marca a origem das políticas nacionais de saúde pública no Brasil, identifica-se uma imbricação entre saneamento e saúde, podendo se considerar a política nacional de saúde pública e o saneamento rural como duas faces da mesma política. Contudo, o fortalecimento da teoria da unicausalidade das doenças e o

desenvolvimento da bacteriologia influenciaram a maneira de agir contra as doenças, inclusive em relação às ações preventivas, que vão se voltar para o plano individual com a utilização de medicamentos específicos, soros e vacinas, e, no plano coletivo, para a tentativa de extermínio dos focos irradiadores das doenças, expressa no combate aos vetores. E a partir dos anos 1930, a trajetória da política de saúde vai se deslocar gradativamente da ênfase preventiva para o fortalecimento da assistência médica individual, consolidando-se o divórcio com a área de saneamento.

Na mesma década, foram registrados conflitos relativos ao uso da água, tanto entre os entes federativos relativos à competência regulatória, como entre setores empresariais: entre produtores de energia e setor de abastecimento e entre o capital nacional e o internacional. O crescimento das cidades é acompanhado dos conflitos em torno da exploração de serviços públicos e pelo uso dos recursos hídricos. Num contexto de centralização e fortalecimento do poder central com a ascensão do governo Vargas, com um projeto político de industrialização conduzida pelo Estado, é decretado o *Código das Águas*, em 1934, considerado o primeiro marco da gestão das águas no país (Murtha; Castro; Heller, 2015, p.204). O Código centraliza na União as competências sobre os recursos hídricos levando à resistência das oligarquias estaduais.

Destaca-se em 1942 a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), cujo foco era sanear os vales dos rios Amazonas e Doce, e teve seus objetivos expandidos depois da guerra. Com o Sesp, houve avanço do saneamento com a construção e financiamento de sistemas sanitários. Em 1960, foi transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), que provia recursos da União e estrangeiros, particularmente norte-americanos, e assistência técnica, cabendo o poder decisório aos municípios; posteriormente, fundiu-se com a Sucam, convertendo-se em Funasa.

Foi durante o governo militar, instalado no país em 1964, que, a rigor, pode se falar da constituição de uma política pública para o saneamento, caracterizada pelo seu distanciamento em relação à política de saúde, e que vai surtir efeitos por um longo tempo. Esse período ficou fortemente marcado por uma centralização do poder decisório e de coordenação das políticas públicas no âmbito do governo federal. A ampliação de cobertura dos serviços de esgotamento sanitário foi explicitada como uma das prioridades do governo militar, por meio dos planos de desenvolvimento então elaborados em momento de fortalecimento do planejamento centralizado. Tal priorização expressava certo consenso de que a inadequação desses serviços comprometia os objetivos de desenvolvimento socioeconômico, afetava as atividades industriais e as condições de saúde.

Algumas inovações institucionais foram importantes para o desenvolvimento do saneamento, como a criação do Banco Nacional da Habitação (BNH), em 1964, e do Sistema Financeiro do Saneamento (SFS), no âmbito do BNH, que passou a centralizar recursos e a coordenar ações no setor. Em 1966, foi criado o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) para ser administrado pelo BNH, que passou a contar com essa importante fonte de recursos para a política de desenvolvimento urbano, particularmente habitação e saneamento, além de seus próprios recursos. O Decreto-lei nº 949 de 1969 estabelecia os termos desse financiamento sob a forma de empréstimos destinados à implantação ou melhoria de sistemas de abastecimento de água e de sistemas de esgotos que visassem o controle da poluição das águas. Constituiu-se um modelo nacional de oferta de serviços urbanos assentado sobre uma agência federal, que centralizava a formulação e o financiamento, com as agências locais encarregadas de sua implementação (Arretche, 2000). A inserção do saneamento no campo das políticas urbanas explícita, então, seu divórcio em relação à política de saúde; além de se afirmar numa lógica empresarial com vistas a dotar as regiões estratégicas do país de infraestrutura sanitária.

O marco da atuação do governo militar foi a criação do Plano Nacional de Saneamento (Planasa), que entrou em vigor a partir de 1971, sendo considerado a primeira iniciativa com vistas a construir um sistema de prestação de serviços de saneamento em âmbito nacional. Até então, predominavam os serviços municipais

com estruturas administrativas e financeiras díspares e ausência de instituições nacionais. O Planasa definiu incentivos para que os municípios concedessem os serviços a Companhias Estaduais de Saneamento Básico (Cesb), tanto pela garantia de empréstimos do BNH, como pela possibilidade de subsídios cruzados. O financiamento era baseado em dois instrumentos: o Finansa, programa de financiamento para saneamento do BNH, e um fundo constituído por cada governo estadual com recursos próprios de origem tributária. Para obter financiamento do BNH, cada estado deveria criar um Fundo de Financiamento para Águas e Esgotos (FAE) e uma companhia estadual de saneamento que deveria obter a concessão dos municípios e operar em forma de monopólio; empresas municipais não tinham acesso aos recursos do FGTS. Mesmo com a Constituição de 1967 estabelecendo a responsabilidade do saneamento aos municípios, esses perderam o protagonismo no processo de expansão da oferta dos serviços, que foi assumido pelas Cesbs a partir da estratégia indutora do Governo Federal. A esse cabia o papel normatizador e coordenador, por meio do Ministério do Interior, inclusive estabelecendo normas de tarifação, além da promoção de pesquisas, treinamento e assistência técnica, coordenadas e incentivadas pelo BNH (Pires, 1979). A participação da iniciativa privada se dava por meio de empresas projetistas, empreiteiras e pelas indústrias de materiais e equipamentos (Pires, 1979 p. 30).

Um resultado institucional foi a consolidação da forma predominantemente estadualizada (embora não exclusiva) de prestação de serviços de saneamento e de uma visão empresarial da prestação de serviços, expressa na criação das companhias estaduais sob a forma de empresas de economia mista, com serviços remunerados diretamente pela população beneficiada.

Mas nem todos os municípios aderiram ao Planasa, especificamente aqueles que já tinham serviços municipais estruturados que funcionavam com recursos próprios ou decorrentes de convênios com o Ministério da Saúde, mantendo, assim, uma autonomia parcial. Entretanto, deu-se um esvaziamento da participação do Ministério da Saúde na definição de prioridades e na articulação com as ações do saneamento, que foram relegadas ao setor de obras e habitação com foco na sustentabilidade econômico-financeira dessas atividades (Sousa e Costa, 2016 p. 624).

Dos municípios que não se integraram ao Planasa partiu a crítica ao caráter centralizador do BNH e a defesa da natureza municipal das ações de saneamento. Uma de suas consequências políticas foi a criação, em 1984, da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assamae), “que passou a ser o principal canal de articulação e defesa da superioridade da forma municipalizada de prestação de serviços de saneamento básico” (Arretche, 2000, p. 84). Em 1985, a partir de reivindicações da Assamae e no contexto de transição democrática, os órgãos municipais conseguiram passar a ter acesso aos recursos do FGTS, o que, entretanto, raramente passou do plano das intenções (Rezende; Heller, 2008, p.276). Nesse mesmo ano, fora criado o Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, que se tornou responsável pela política de saneamento.

A disponibilidade de recursos a partir do Planasa permitiu a realização de muitos investimentos, levando a avanços na cobertura das redes de água e esgoto, embora estivesse muito longe da universalização e o abastecimento ocorresse de forma bastante desigual tanto entre subsetores (maior em relação aos investimentos, e conseqüentemente de cobertura, em água) como entre regiões do país com priorização das áreas mais urbanizadas e ricas. Além disso, a ampliação da cobertura não foi acompanhada do tratamento das águas residuárias, não envolveram a limpeza pública, o manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais, agravando o quadro de insustentabilidade ambiental e sanitária (Heller et al, 2016, p.3012).

Nos anos 1980, as companhias de saneamento evidenciam graves problemas financeiros, oriundos, por um lado, das dificuldades macroeconômicas do período e, por outro, decorrentes da lógica financeira dos empréstimos do BNH que aumentavam as despesas de amortizações e encargos financeiros das dívidas. Ao mesmo tempo, novas ideias e concepções sobre saneamento afloravam. Exemplo disso foram as conclusões

de uma comissão criada em 1985 para reformulação do sistema financeiro de saneamento e que, a partir da identificação dos problemas tarifários e do baixo desempenho econômico-financeiro das Cesbs, defendeu a autonomia municipal na prestação de serviços, adequação entre taxas de juros dos empréstimos e as características sociais dos investimentos, além de propor a inclusão da drenagem e limpeza urbana no processo de financiamento (Rezende; Heller, 2008, p.277).

A década foi marcada por um processo de desarticulação e fragmentação institucional do BNH, o qual foi extinto em 1986 por diversas razões, tendo a Caixa Econômica Federal assumido seus papéis em relação ao financiamento do saneamento. Soma-se a isso o fato de a recessão econômica dos anos 1980 ter levado à redução substancial do financiamento federal dos programas de desenvolvimento urbano. Uma série de mudanças relativas ao lugar institucional das políticas urbanas na segunda metade da década, que transitaram entre vários órgãos e ministérios, inclusive com a pulverização da burocracia do BNH em vários órgãos, apontam para a ausência de uma proposta clara para o setor, criando-se, de fato, um vazio institucional e político, a partir da desarticulação das suas condições organizacionais de operação¹. Sem as condições financeiras e institucionais, o governo federal perde também a capacidade formuladora e deixa de atuar na regulação do setor. Ou seja, as políticas urbanas, entre elas o saneamento, permaneceram fora da agenda governamental sem nunca terem se constituído, de fato, pelo menos em suas dimensões regulatórias e redistributivas, em um objeto privilegiado na agenda governamental, na qual tinha mais ressonância os interesses do mercado e cujos efeitos foram a atuação especulativa dos segmentos ligados à acumulação urbana.

Mas a década de 1980 foi também um momento de efervescência política associado ao processo de democratização do país e pela constituinte, que vai desembocar numa nova constituição, promulgada em 1988, e que estabelece um novo pacto político no país. Em diversos campos, a mobilização da sociedade foi decisiva para a formatação da Constituição que trouxe muitas inovações, particularmente no campo dos direitos. O processo de democratização abriu uma janela de oportunidades para que novos sujeitos políticos ganhassem visibilidade e se contrapusessem com maior ou menor grau de sucesso a atores e interesses constituídos previamente. Esse foi o caso do movimento sanitário, que alcançou grande organicidade e foi capaz de inserir suas principais propostas na constituição, levando a uma reforma substantiva na política de saúde. No tocante à questão urbana, embora em menor grau, inovações que traduzem mudanças normativas significativas foram também introduzidas na Constituição; e podem ser vistas como resultado da articulação do movimento pela reforma urbana. Se as bases mais remotas desse movimento se situam nos anos 1970, durante a constituinte, se reconfigura como Fórum Nacional de Reforma Urbana (FNRU), que incorpora diferentes atores como movimentos populares e associações voltadas para a questão urbana e da moradia; federações sindicais e associações de profissionais; organizações não governamentais. A plataforma desse movimento assenta-se em três pilares: o direito à cidade e à cidadania; a função social da cidade e da propriedade; e a gestão democrática da cidade. O primeiro remete à universalização do acesso aos serviços, infraestrutura e equipamentos urbanos; o segundo, à prevalência do interesse coletivo sobre o direito individual; e o terceiro, às formas de planejamento e gestão submetidas à participação social (Menicucci; Brasil, 2010). O resultado foi a inclusão de um capítulo de política urbana no texto constitucional ao definir a função social da propriedade, ampliar as competências dos municípios no enfrentamento da questão urbana, garantir a participação cidadã, no reconhecimento do direito à ocupação informal por meio do usucapião urbano, e, posteriormente, por meio da Emenda Constitucional nº 26/2000, que incluiu a moradia no rol dos direitos sociais. Embora sejam princípios

¹ As políticas de habitação e saneamento estiveram vinculadas aos seguintes ministérios: 1) Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente, criado em 1985 e transformado em 2) Ministério da Habitação, urbanismo e Desenvolvimento Urbano em 1987, por sua vez transformado em 3) Ministério da Habitação e do Bem-estar Social em 1988 e extinto no ano seguinte, quando a política de saneamento foi transferida para o Ministério da Saúde; em 1990 foi criado o 4) Ministério da Ação Social, transformado em 1992 em 5) Ministério do bem-estar social, no qual passaram a funcionar as Secretarias Nacionais de habitação e saneamento (Arretche, 2000).

normativos importantes, ao contrário do que aconteceu em outras áreas de políticas públicas, a CF 1988 não definiu princípios organizativos, mecanismos ou regras institucionais que definissem explicitamente responsabilidades, o processo decisório e mecanismos de financiamento que deveriam orientar a política urbana em todos os seus componentes. Mas ao longo dos anos 1990, o FNRU se afirmou como um ator coletivo e um espaço de interlocução de atores da sociedade civil, focado em termos políticos na regulamentação do capítulo constitucional, o que só foi ocorrer em 2001, com a aprovação de da Lei Federal de Desenvolvimento Urbano, conhecida como Estatuto da Cidade (BRASIL, 2004), após uma atuação bastante forte no âmbito do legislativo. Em relação ao saneamento, a política urbana definia como uma diretriz geral o direito, entre outros, ao saneamento ambiental.

Entretanto, o relativo êxito do movimento pela reforma urbana expressa na CF1988 e no Estatuto pouco informa sobre o saneamento especificamente, sendo a sua plataforma vitoriosa uma recodificação mais abrangente das propostas dos movimentos sociais voltados para a questão urbana e habitacional (Grazia e Rodrigues, 2001). O saneamento merece tímidas e genéricas menções na CF1988, que são: define que é competência da União instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos (inciso XX do art. 21); é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico (inciso IX do art.23); para os Municípios estabelece a competência de organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial (inciso V do art. 30) – dispositivo que será utilizado como argumento para defender a titularidade dos municípios em relação aos serviços de saneamento, mas ainda objeto de contestação pelo seu caráter não explícito; e por fim, no artigo 200, entre os vários relativos à saúde, define de forma vaga que compete ao SUS participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico. O texto constitucional não determina qualquer hierarquização preferencial de competências de gestão entre os níveis de governo e não especifica as respectivas atribuições, estabelecendo apenas que “a implementação de programas nesta área é de competência de qualquer um dos níveis da federação, ainda que submetidos a diretrizes gerais emanadas pela União” (Arretche, 2000 p. 90).

Enfim, as regras constitucionais não produziram impulso para a construção de um novo arranjo institucional para a área de saneamento, não estabeleceu imposições ou garantias, e nem mesmo inseriu princípios e diretrizes. A construção de uma política de saneamento permaneceu como algo a ser construído a partir de definições muito genéricas, o que expressa tanto a ausência (ou fragilidade) de redes societárias que atuassem como *advocacies* do setor, como à relativa fragilidade institucional prévia do saneamento enquanto política pública. Ou seja, o tema não logrou integrar a agenda constituinte de forma vigorosa, desperdiçando-se com isso uma janela de oportunidades para inovações institucionais na falta de empreendedores organizados ou mobilizados.

Na década de 1990, o saneamento permaneceu sem regulamentação, podendo-se dizer que não havia, de fato, uma política de saneamento e nem mesmo uma proposta política articulada. Sob o governo Collor, financiado pelo Banco Mundial, o *Programa de Modernização do Setor de Saneamento* iniciou estudos para dar suporte técnico à política de entrada do capital privado no controle das operadoras do setor. Mudanças na gestão dos recursos do FGTS foram introduzidas, mas problemas de gestão associados a clientelismo e corrupção agravaram mais a situação do financiamento dos serviços de habitação e saneamento. Em meados da década, no governo Fernando Henrique Cardoso, foi estabelecida nova política de desenvolvimento urbano que definia uma forma descentralizada de gestão da política federal ou de alocação dos recursos do FGTS a partir de um diagnóstico de corrupção e ineficiência associada à forma centralizada de gestão anterior. O Ministério do Bem-Estar Social foi extinto e as atribuições de gestão da política federal de desenvolvimento urbano foram transferidas para o Ministério de Planejamento e Orçamento por meio da Secretaria de Política Urbana

(Sepurb), então criada para coordenar a execução da Política Nacional de Saneamento, o que denota não só a inexistência de uma política autônoma, como também o caráter econômico atribuído à política urbana.

Mas outros atores atuavam com funções específicas: 1) o Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), criada em 1991 e responsável pela seleção dos locais para investimento, utilizando, para isso, o critério de saúde pública; 2) o Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal que, por meio da Secretaria de Recursos Hídricos, era o responsável pela preservação da água e pela questão do meio ambiente; e 3) a Caixa Econômica Federal que continuaria sendo o agente responsável pelo financiamento. Merece destaque o Projeto Alvorada, um programa instituído pelo governo federal em 2001 para investimentos, em diferentes campos, em municípios com baixo IDH, incluindo a ampliação da infraestrutura de saneamento.

Uma marca do período foi o veto integral do presidente FHC a um projeto de lei aprovado no congresso e que dispunha sobre a Política Nacional de Saneamento e seus instrumentos, fruto de ampla discussão e consenso entre os segmentos do setor. A alternativa do governo foi um projeto de modernização do setor e uma lei de concessões que permitia a prestação de serviços públicos pela iniciativa privada, que sofreu forte resistência no setor.

O período é caracterizado por projetos de privatização das empresas públicas concomitantemente ao enfraquecimento da política nacional de saneamento, sob alegação de ampliar o investimento e universalizar o sistema de saneamento. Essa posição, fortemente incentivada pelas agências internacionais de fomento (Banco Mundial e Banco Interamericano, principalmente), teve grande defesa do presidente Fernando Henrique. Entretanto, esses projetos com vistas a fortalecer a privatização do setor de saneamento foram reiteradamente contestados pelos movimentos promovidos pela Frente Nacional de Saneamento Ambiental (FNSA), organizada em 1997 e composta por setores sindicais, movimentos sociais, organizações da sociedade civil, entre outros, e que se constituiu como um importante ator à época. As concessões privadas forma também objeto de resistência por parte de governadores, das companhias estaduais e de seu corpo técnico-burocrático e das organizações representativas dos serviços municipais.

Com o aprofundamento do ajuste fiscal do período, em 1998 foram suspensos os financiamentos com recursos do FGTS para órgãos públicos, incluindo as operadoras de água e esgoto estaduais e municipais, sufocando a capacidade de investimentos dos operadores públicos (Montenegro, 2008). Mas ainda com recursos do FGTS, no final da década foi constituído o programa Pró-Saneamento, que vigorou até 2007, com um escopo de ação bastante abrangente, cujo objetivo era a ampliação dos serviços de saneamento no país. Entretanto, como o financiamento partia de critérios como capacidade de endividamento, situação fiscal regular e disponibilidade de contrapartida, o maior montante dos recursos advindos do programa se concentrou na região Sudeste, o que gerou um processo de alocação de cunho socialmente regressivo, influenciado pelo fato de que a capacidade de execução destes recursos também estava condicionada à capacidade operacional e burocrática das companhias que solicitavam o financiamento. O programa ficou marcado por essa contradição, uma vez que as áreas de maiores demandas por investimentos eram justamente aquelas que compreendem um conjunto de municípios mais pobres (Araújo Filho et al, 2012).

Se as privatizações não avançaram no setor, o modelo de gestão dominante, representado pelas companhias estaduais, evoluiu reforçando a lógica empresarial. Nele, as ações de saneamento adquiriram cada vez mais características de bens de mercado (mercadorias), além de estarem condicionadas ao retorno financeiro dos investimentos, independentemente do tipo de prestador (Heller et all, 2016). Daí, então, reforçou-se o distanciamento das ações de saneamento em relação ao direito à saúde - definido de forma ampla na constituição de 1988 e que inclui para sua garantia “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença”. No caso do saneamento, o cidadão portador de direitos transforma-se em consumidor de serviços. Nessa perspectiva, o saneamento aparece como parte dos serviços de utilidade pública; não como direitos de cidadania, distanciando-se também da questão da saúde. Esse status marca a trajetória do saneamento, com exceção do período de constituição da saúde pública de caráter preventivo nas primeiras décadas do século XX, e se autorreforça por meio de diferentes mecanismos: a constituição de imagens da realidade ou sobre como o mundo funciona – no caso, de como funciona o setor saneamento; a constituição de atores e interesses a partir das decisões das políticas prévias, que distribuem recursos para determinados atores e, desta maneira, os incentiva a realizar determinados investimentos levando ao estabelecimento de rotas difíceis de reverter. Nesse processo, não só atores são constituídos, particularmente as Cesbs, mas se configuram seus interesses, tornando-os apoiadores do status quo e elevando os custos de alteração da trajetória. As políticas do passado alteram a arena política e, nessa medida, afetam as decisões futuras, favorecendo a inércia institucional. Em síntese, pode-se dizer que na década de 1990 a questão urbana e habitacional não chega ser contemplada na agenda minimalista do governo federal, como atesta o longo trâmite do processo de regulamentação do capítulo da reforma urbana definido na constituição e a escassez de políticas na área.

O final do século XX aponta, assim, para grande fragilidade financeira das companhias estaduais e municipais de saneamento, propostas de privatização e ausência de investimentos no setor. Mas como resultados, entre outros, aflora os conflitos federativos em relação à titularidade dos serviços e à relação estados/municípios, convivendo com várias formas de gestão dos serviços e ausência de regulação das relações entre municípios e empresas estaduais. Cresce a pressão por uma regulação do setor proveniente dos diversos atores envolvidos. Na esfera societária, outras propostas vão ganhando força, associadas à defesa da universalização, de serviços prestados por operadores públicos, da titularidade dos municípios e da participação popular na definição da prestação de serviços. Destaca-se, nesse processo, a atuação da FNSA e da Assemae. A primeira propala como princípio a defesa da universalização e do acesso aos serviços de saneamento ambiental, compreendido pelo abastecimento de água em quantidade e qualidade adequadas, coleta e tratamento de esgotos, manejo dos resíduos sólidos e das águas pluviais. Defende ainda que os serviços de saneamento devam ser públicos e prestados com qualidade e controle social. A Frente, por sua vez, teve papel importante nas discussões sobre a tentativa de privatização dos serviços de saneamento no período do presidente Fernando Henrique Cardoso, além de ter exercido papel fundamental no debate em torno da regulamentação do setor. A arena política do saneamento, nesse momento, se vê bastante ampliada e polarizada entre, de um lado, os defensores do *status quo* constituídos e fortalecidos ao longo da trajetória do setor e expressando interesse empresariais e econômicos, seja de empresas públicas ou privadas, articulados em torno das Cesb, governos estaduais, empresas de equipamentos e a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental; e por outro, os atores mais recentes articulados em torno de ideais normativos de fortalecimento da noção de saneamento enquanto direito.

O Quadro 1 apresenta as principais entidades/organizações que participam da arena do saneamento, sua natureza e objetivos. Como pode ser constatado, as entidades empresariais e as que defendem o *status quo* são mais antigas e em maior número. A Assemae, que defende a municipalização, e a FNSA, reconhecida pela defesa da universalização do saneamento e da participação social no setor, são bem mais recentes. Essa última reúne diversos movimentos sociais, tem ampliado sua atuação e contribuído para a formação de uma nova imagem para a política de saneamento, em contraponto à visão hegemônica consolidada na trajetória do setor.

QUADRO I. Entidades que atuam na área de saneamento

Entidades	Fundação	Justificativa	Integrantes e membros mais atuantes	Objetivos e ideias defendidas	Formas de atuação e mobilização	Tipo de publicação
Associação paulista de empresários de obras públicas (Apeop)	1947	Apoiar interesses e propiciar desenvolvimento do setor	Empresas de grande, médio e pequeno porte	Desenvolvimento social e de infraestrutura no estado de São Paulo; elaborar estudos, coordenar e representar as empresas associadas a fim de assegurar seus interesses	Atuam em áreas de infraestrutura pública, tais como: saneamento, pavimentação, habitação, ferroviária e rodoviária	Boletins
Associação Brasileira de Desenvolvimento da Indústria de Base (ABDIB)	1955	Reduzir custos de produção para fortalecer a indústria de obras de infraestrutura	Mais de cem empresas associadas	Desenvolver competitividade, mercado e propostas capazes de retomar o investimento no setor de infraestrutura e de indústria de base no Brasil	A ABDIB atua na elaboração de diagnóstico de conjunto, planejamento, revisão e propositura de medidas para investimentos	Revistas
Câmara Brasileira da Indústria da Construção (Cbic)	1957	Ocupa-se de matérias voltadas à indústria de construção e ao mercado imobiliário	Sindicatos e associações de empresas do setor de construção	Representação institucional (nacional e internacional), fortalecimento e integração da cadeia produtiva nacional do setor de construção para desenvolvimento socioeconômico sustentável	Publica estudos e realiza eventos para capacitação e debate de empresários e dirigentes; além de intermediar formalmente interesses - temas e propostas do setor de construção	Revistas: CII, CMA, Comat, COP, CPRT, Fasc
Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (Abes)	1960	Surge da união do setor brasileiro da Aidis com a Abesan	Composta de cerca de 10.000 mil profissionais do setor	Ambiciona ser a entidade de referência no setor de saneamento ambiental. Suas ações visam gerar ganhos sociais, conscientização ambiental acerca do tema e produção de resultados eficientes	Através de câmaras técnicas e planejamento estratégico, incentiva políticas, formas de administração e estudos técnicos de impacto no desenvolvimento do saneamento ambiental	Livros (Abesp), periódicos, boletins e revistas
Associação Brasileira dos Fabricantes de Materiais e Equipamentos para Saneamento (Asfamas)	1974	Desenvolvimento técnico, mercadológico, organizacional e profissional do setor	Indústrias de materiais e equipamentos dos setores de saneamento, construção e hidráulico	Mais qualidade, produtividade, expansão do mercado de sistemas hidráulicos para a área saneamento, bem como representar e desenvolver o setor através de propositura de projetos para valorização das áreas de saneamento e habitação	Atua por intermédio da diretoria e de grupos setoriais. Também, participa e realiza eventos	Manuais, relatórios e índices de apuração de dados setoriais
Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assemae)	1984	Assegurar o protagonismo dos municípios na gestão de serviços de saneamento básico	Mais de 2000 associados; pessoas físicas e jurídicas	Saneamento básico universal, melhorar a gestão pública no setor, desenvolver e fortalecer, técnica e institucionalmente, serviços municipais de saneamento	Institucional. A Assemae se faz presente no Governo Federal, em conselhos e comitês	Jornais e boletins
Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais (Aesbe)	1984	Necessidade de desenvolvimento do setor	Empresas estaduais e do distrito federal de saneamento básico	Assegurar interesses e promover aperfeiçoamento técnico dos entes associados. A Aesbe defende um modelo regional de prestação de serviços na área de acesso ao esgotamento sanitário e à água	Atua na defesa do modelo regional de prestação de serviços de saneamento. Nesse modelo, os municípios pequenos e de baixa renda não são penalizados	Revista Sanear
Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviço Público de Água e Esgoto (Abcon)	1996	Congregar empresas dos setores de construção civil, infraestrutura e prestadoras de serviços públicos de água e saneamento	Empresas privadas dos setores de construção civil, infraestrutura e de prestação de serviços públicos de água e saneamento básico	Encorajar e elevar a participação do setor privado na prestação de serviços públicos de água e esgoto; representar e defender os interesses das empresas membros, bem como desenvolver ações que preservem a saúde pública e o meio ambiente	Operações privadas de provimento de serviços de saneamento. Internamente, a Abcon produz mapas estratégicos de ação, realiza workshops e reuniões em conselhos	Revista Canal Sindcon e Jornal Abcon Sindcon News
Frente Nacional de Saneamento Ambiental (FNSA)	1997	Necessidade de desenvolver e elevar a qualidade dos serviços de saneamento ambiental no Brasil	FNU; ABES; Assemae; FNRU; CMP; MNLM; UNMP; FBOMS; Fase; Ansur; Instituto Pólis; Idec.	Promover justiça social e acesso universal e de qualidade aos serviços de saneamento ambiental. A FSN anseia: aumentar a participação social, formular políticas públicas alternativas mais eficazes, organizar comitês e conselhos municipais de monitoramento e reivindicar às políticas de saneamento ambiental recursos prioritários	A FSNA fiscaliza o processo de formulação e implementação de políticas públicas de saneamento ambiental e se mobiliza no intuito de influenciar a pauta do saneamento ambiental	Manifestos

Fontes: <http://www.esabrazilinfo.com.br/2013-09-09-13-11-31/fnsa>; <http://www.confea.org.br/media/manifestofnsa.pdf>; <https://www.abdib.org.br/quem-somos>; http://abes-dn.org.br/?page_id=730; <http://www.aesbe.org.br/conteudo/2>; <http://abconsindcon.com.br/sobre-a-abcon/>; <http://cbic.org.br/institucional/>; <http://www.apeop.org.br/aepop/>; <http://www.asfamas.org.br/>

Além da crise do setor, avivada pelo vácuo normativo institucional e ausência de recursos, mudanças no contexto político ou econômico, exógenas ao setor, foram favoráveis a inovações, ou seja, apontavam para janelas de oportunidade. No contexto do governo do presidente Lula, ampliaram-se as possibilidades de inclusão das pautas de reforma urbana e de participação e interlocução dos atores societários com o governo.

Iniciativas foram tomadas no sentido de construir um suporte jurídico e político-institucional mais sólido à questão do saneamento. A criação do Ministério das Cidades (MCidades), no início do primeiro mandato do presidente (2003), constitui-se um marco e sinaliza para inflexões na atuação federal ao integrar as políticas urbanas na agenda governamental, colocando no mesmo plano as áreas de habitação, saneamento, programas urbanos, transporte, mobilidade e acessibilidade “em um ensaio intersetorial” (Heller et al, 2016, p. 305). Tanto a criação do MCidades e logo depois do Conselho das Cidades implicaram diferentes iniciativas, desde a produção de um amplo escopo de políticas urbanas federais nas diversas áreas, como os esforços que privilegiaram o estímulo ao planejamento municipal e à gestão democrática das cidades, bem como a implementação do *Estatuto da Cidade*.

No âmbito do MCidades foi criada a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA), que expressa a ascensão ao governo de uma coalizão que se articula em torno da FNSA. A criação da SNSA “proveu o setor de um endereço institucional e, em princípio, articulado às outras políticas públicas de desenvolvimento urbano” (Heller et al, 2016, p.305), trazendo avanços na estruturação organizacional e na definição da política, preenchendo um vazio institucional como um órgão formulador da política nacional. Por outro lado, indicou a opção pelo tratamento do saneamento básico como uma política urbana e reforçou a falta de prioridade à população rural. A relação com a saúde e a assunção do acesso aos serviços de saneamento básico como direito do cidadão é assumida pela SNSA tal como definido no Estatuto da Cidade, apontando para uma mudança normativa importante no tratamento do saneamento, pois, enquanto direito, remete à universalização.

A institucionalização do Conselho das Cidades, de caráter deliberativo e consultivo, abriu espaço para a participação das entidades setoriais e de movimentos populares, particularmente aqueles reunidos no Fórum da Reforma Urbana, ao qual se articularam as entidades da FNSA. Na estrutura do conselho foi incluído o Comitê Técnico de Saneamento Ambiental, com funções de assessoramento.

No período, destaca-se, na perspectiva da intersectorialidade, o Programa Urbanização, Regularização e Integração de Assentamentos Precários, com ações em regiões metropolitanas e que buscava integração entre abastecimento de água, esgotamento sanitário e resíduos sólidos em áreas com déficit habitacional e de saneamento.

Durante o governo Lula, duas decisões foram importantes no sentido de dotar o setor de saneamento de um marco regulatório amplo e abrangente: a formulação e promulgação da Lei 11.445/2007 (Lei do Saneamento) e a publicação em 2013 do Plansab, previsto na lei. Antes disso, em 2005, a Lei 11.107, conhecida como a lei do consórcio público, impactou os serviços de saneamento ao estabelecer a regra de contratação da prestação de serviços no âmbito da cooperação interfederativa, a chamada gestão associada de serviços públicos, definindo-se procedimentos para contratação coletiva de um mesmo prestador por vários titulares (municípios) reunidos em um consórcio público de direito público (Montenegro, 2008). Criou-se também o “contrato de programa” como alternativa ao contrato de concessão para os convênios de municípios com companhias estaduais.

A Lei 11.445/2007 é, contudo, referência para um novo momento ao estabelecer as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, num contexto de vazio institucional, sem regras claras desde o Planasa. Além disso, a nova lei expressa um tratamento da questão de modo bastante distinto. O processo de aprovação da lei envolveu ampla discussão entre os atores do setor, governamentais e não governamentais. Objeto de muito conflito, foram produzidos dois projetos de lei. O primeiro, a partir de iniciativa do governo federal, objetivava instituir tanto diretrizes para o saneamento básico como uma Política Nacional de Saneamento Básico (PNS), e inovou ao entendê-lo como um direito subjetivo público, passando os serviços públicos de saneamento básico a serem considerados de natureza essencial. Para elaboração do projeto, o governo realizou um ciclo participativo de discussões a partir do seguinte processo: definição das diretrizes gerais da regulamentação do setor na 1ª Conferência Nacional das Cidades, em 2003;

constituição, pelo presidente Lula, de um Grupo de Trabalho interinstitucional para elaborar um projeto de lei a partir das premissas definidas na conferência, compostos por representantes de vários ministérios e que receberam sugestões e propostas das entidades do setor e de outros órgãos do governo; submissão do anteprojeto à consulta pública; aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Conselho Nacional das Cidades; realização de dez seminários regionais e um nacional para recebimento de críticas e sugestões, consultas de entidades do setor; encaminhado sob a forma de projeto de lei 5.296/2005 (Heller et al., 2016).

Já o segundo projeto, encampado pelo Senado (nº 155/2005), originou-se a partir de sugestões no Fórum de Secretários Estaduais de Saneamento Básico e por outras entidades do setor, como a Associação das Empresas de Saneamento Básico Estaduais, como reação e contraponto ao projeto encaminhado pelo governo à Câmara dos Deputados. A proposta apenas estabelecia diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política de saneamento básico da União. Essa divisão expressa o principal conflito em relação à regulamentação do saneamento, que se polarizou entre os defensores do status institucionalizado a partir do Planasa, com forte preponderância das empresas estaduais, que sentiram-se ameaçadas por uma possível desestruturação desse sistema, e os que enfatizavam a municipalização expressa no projeto governamental.

O Projeto do Governo recebeu 862 emendas na Câmara dos Deputados, particularmente de grupos ligados às empresas estaduais e ao setor privado, com pressões pela sua modificação, em oposição aos defensores do projeto original representados por segmentos do governo federal, a FNSA, entidades representativas de prefeitos. Já o projeto do Senado caminhou de forma mais célere e, por possuir conteúdo muito distinto do outro projeto, apontava para um impasse no caso de aprovação (Senado Federal, 2006). Mas, por iniciativa do senador César Borges, foi criada uma comissão mista (Senado e Câmara) para efetuar a fusão dos dois, na busca de se construir um consenso.

As principais divergências polarizavam visões de âmbito estadualista, contra municipalista, ou centralizadora versus defesa de soluções descentralizadas, a participação privada versus a manutenção dos serviços como públicos, a questão da articulação federativa e suas possibilidades, o estabelecimento (ou não) do controle social a exemplo de outras políticas públicas, a constituição (ou não) de um sistema nacional de saneamento e de uma política nacional. O debate em torno da lei explicitou a disputa entre duas visões: por um lado, o entendimento do saneamento como um negócio e, por outro, como objeto de uma política pública de cunho social sujeita a controle democrático. O resultado final afirmado na lei foi a expressão de um compromisso entre as duas visões (Montenegro, 2008, p.25). A FNSA fez intenso trabalho sobre a comissão mista e, após concessões de ambas as partes, o acordo foi alcançado e o projeto foi aprovado e sancionado pelo presidente da República em janeiro de 2007.

Os principais aspectos a serem destacados da Lei 11.445/2007, muitos deles expressando “bandeiras históricas de segmentos democráticos do setor” (Rezende et al., 2009, p.76), são:

Uma definição ampliada e integrada dos serviços de saneamento básico que inclui o conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos, drenagem e manejo das águas pluviais urbanas;

Como princípios fundamentais para os serviços públicos de saneamento são estabelecidos: a universalização do acesso; a integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes dos diversos serviços de saneamento básico; a realização dos serviços de formas adequadas à saúde pública e à proteção ao meio ambiente; articulação com políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, combate à pobreza, proteção ambiental, promoção da saúde; eficiência e sustentabilidade econômica; controle social por mecanismos de caráter consultivo a serem definidos pelo titular dos serviços; entre outros.

Esses serviços devem ser prestados observando o planejamento, regulação e fiscalização definidos pelo titular dos serviços; esses poderão delegar a organização, regulação, fiscalização e prestação desses serviços;

A sustentabilidade econômico-financeira dos serviços será assegurada, sempre que possível, mediante cobrança dos serviços, sendo definidas diretrizes para isso e previstos subsídios;

A lei define ainda as diretrizes para a política federal (e não nacional) de saneamento básico, destacando-se a prioridade para ações que promovam equidade social e territorial no acesso ao saneamento básico e a melhoria da qualidade de vida e das condições ambientais e de saúde pública, observando a ligação direta das diretrizes da política pública de saneamento com a política de saúde. Os subsídios governamentais visam garantir a universalização do acesso ao saneamento básico, especialmente para populações e localidades de baixa renda.

E por fim, determina a elaboração do Plano Nacional de Saneamento Básico como eixo da atuação do Governo Federal, responsável pela definição de programas, ações e estratégia de investimento; institui e traça os objetivos do Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Sinis).

Num contexto de vazio institucional e praticamente ausência de uma política de saneamento, a promulgação da Lei 11.445/2007 traz aspectos positivos ao definir princípios para os serviços e a integralidade entre eles; definir com clareza as formas de articulação entre os poderes concedentes e prestadoras de serviços; estimular a aproximação com a política de saúde a partir de uma visão de promoção da saúde e, no âmbito da União, define princípios mais inclusivos, universalistas e democráticos para uma política federal, além de definir seus deveres, como a elaboração do Plano e a produção de informações. Entretanto, refere-se a uma política federal; e não a uma política nacional de saneamento que implique todos os entes federados de forma articulada ou em regime de cooperação, o que estava delineado no projeto original. Na limitação hierárquica de uma lei, não tem a capacidade de definir ou redefinir as relações federativas, as obrigações dos entes federados ou o papel de indução e ou coordenação do governo federal e nem mesmo obrigações relativas ao financiamento dos serviços que ficam ao sabor das decisões discricionárias de cada governo. Diferentemente de outras políticas sociais, como saúde, assistência social, educação, habitação, alimentação (os dois últimos incorporados mais tardiamente à constituição), o direito ao saneamento implícito na lei não alcança o status constitucional, além de que o papel normatizador e coordenador da União previsto em algumas dessas políticas – e não no caso do saneamento – não pode ser alcançado por uma legislação infraconstitucional. Ou seja, uma lei não pode ir além da constituição e, no caso do saneamento, faltam diretrizes constitucionais para balizar a atuação da União no sentido de construir uma política nacional mais uniforme e capaz de atuar sobre as desigualdades territoriais e jurisdicionais. Em síntese, não foi criado um sistema nacional de saneamento básico como o SUS ou o Suas (Sistema Nacional de Assistência Social) que pressupõem relações entre partes. Apesar disso, na perspectiva da União, a lei pode contribuir para uma atuação menos errática ou dispersa e mais coordenada a partir das diretrizes definidas. Numa visão mais otimista, a aposta é que “A nova legislação, ao estabelecer diretrizes nacionais para o setor, supõe um fortalecimento da atuação da União, de tal forma a assegurar a obediência a tais diretrizes de uma maneira homogênea no território nacional” (Heller, 2009, p.99).

No mesmo ano, o governo lançou o Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), iniciativa que marcou a retomada da política de financiamento dos prestadores públicos e dos Estados e municípios e previu investimentos robustos na área de habitação e saneamento com foco na universalização do acesso ao saneamento básico. Apesar da ampliação significativa dos investimentos, o PAC recebeu críticas por não ser orientado por um plano nacional para o setor, por não respeitar processos democráticos em torno da elaboração da lei do

saneamento e nem respeitar aos princípios definidos por ela: “Reproduz-se assim um padrão de investimentos que caracterizou o período anterior, sendo abortadas as possibilidades de construção de uma política de Estado em contraposição a um programa de governo” (Heller et all, 2016, p.311). Essa aparente contradição pode ser compreendida no contexto das dificuldades políticas no bojo do qual o Ministério das Cidades sofreu uma mudança de comando para atender pressões da base aliada do governo, levando à progressiva desconstrução de seu projeto original.

Em dezembro de 2008, o Conselho das Cidades aprovou o Pacto pelo Saneamento básico, que busca a adesão e o compromisso de toda sociedade em relação ao processo de elaboração do Plansab. A publicação pela SNSA de uma coletânea sobre a Lei Nacional de Saneamento Básico, com diversos artigos elaborados por pesquisadores e especialistas, sinaliza para a entrada do saneamento na agenda governamental e para uma provocação ao debate sobre as implicações da Lei 11.445/2007 no âmbito da agenda pública por parte de empreendedores governamentais².

A elaboração do Plansab mobilizou grande contingente de técnicos, especialistas e sociedade civil no esforço de definir caminhos para o planejamento de longo prazo do setor, com vistas à consolidação do saneamento como política de Estado, tendo como elemento estruturante a universalização do acesso e como princípios a intersetorialidade, a universalidade, a integralidade e a equidade. São previstos três programas: saneamento básico integrado, saneamento rural e saneamento estruturante (apoio à gestão dos serviços). O Plano foi aprovado em dezembro de 2013 e sua aplicação caminha lentamente, esbarrando em interesses e comportamentos institucionalizados e difíceis de reverter, mantendo-se o setor saneamento com campo de disputas políticas sobre o seu formato e objetivos, sendo o principal entendê-lo como um bem no mercado ou como um direito humano fundamental. Nesse último caso, implica ser visto como objeto de políticas públicas inclusivas que garantam esse direito independentemente da posição dos indivíduos no mercado – aquilo que Esping-Andersen chamou de desmercantilização das pessoas operada pelo estado de bem-estar.

3- A trajetória da política de saúde

O título de um conhecido (e reconhecido) livro que analisa as origens das políticas nacionais de saúde pública no Brasil no período de 1910-1930 é emblemático da imbricação entre saneamento e saúde nas origens mais remotas dessa última enquanto política pública: *A era do saneamento* (Hochman, 1998). Ao explorar o processo de construção institucional da política de saúde com a coletivização e nacionalização dos cuidados, o autor mostra a relação entre ideias e interesses que produziram determinadas decisões, por meio das quais se deu o crescimento do ativismo estatal na área de saúde e saneamento, ampliando-se a capacidade do governo nacional de implementar políticas em todo o território. Isso foi possível a partir do desenvolvimento de uma consciência entre as elites políticas brasileiras sobre os graves problemas sanitários do país e da responsabilidade governamental pela saúde da população e pela salubridade do território.

Vários atores, como médicos, cientistas, profissionais, funcionários dos serviços sanitário, intelectuais, reunidos no movimento sanitarista do período, conseguiram formar um consenso sobre a situação sanitária brasileira e transformar os efeitos externos da doença (a sua transmissibilidade) em consciência da interdependência social, fazendo da doença um problema nacional e não local, além de constituinte da sociedade

² Os objetivos da Coletânea foram: “i) informar sobre as inovações trazidas pelo atual ordenamento jurídico; ii) sustentar o debate sobre o novo ambiente político-institucional sob uma base consistente de reflexão; iii) subsidiar o processo de mudança, a partir da compreensão das condições históricas que delimitam o percurso do saneamento brasileiro e das oportunidades que se abrem para construir cenários que nos levem à universalização do acesso, à melhoria dos serviços prestados à população e à minimização dos seus impactos ao ambiente e à saúde humana” (Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, 2009, p.11).

brasileira. O movimento conhecido como campanha pelo saneamento rural ou pelo saneamento do Brasil, durante as décadas de 1910 e 1920, difundiu essas concepções sobre o caráter público da doença e um diagnóstico sobre as condições sanitárias de um “Brasil doente”, e ofereceu soluções políticas e institucionais no sentido de nacionalizar/centralizar as políticas de saúde e saneamento; exigindo o aumento da responsabilidade da União, o que significava a rediscussão e alteração do arcabouço institucional da Constituição republicana de 1891 então vigente. Nesse processo, a saúde ocupou destaque na agenda pública, e a doença transmissível transformou-se em um problema político e objeto de intervenção governamental. A partir daí, o conteúdo e o sentido da política pública, que envolvia questões federativas e a definição das responsabilidades governamentais em saúde pública, foram alvo de disputas e negociações com e entre os decisores: estados, União e o legislativo:

Dada a ausência de demandas populares explícitas, a definição do conteúdo das políticas de saúde restringiu-se às elites políticas e seus representantes, aos círculos profissionais da medicina e da saúde pública e às elites estatais a burocracia, grupos que mantinham uma estreita relação, além da enorme interseção, entre si (Hockman, 1998, p.93).

Os serviços sanitários foram reformulados e ampliados; colocou-se para os estados a possibilidade de obter auxílio do governo federal mediante acordos para ações de saúde e saneamento. O resultado foi a instalação de uma infraestrutura estatal da autoridade sanitária em grande parte do território brasileiro, a partir de uma política federal de saúde e saneamento rural nos estados. No contexto institucional da constituição republicana, que definia a autonomia dos estados e que consagrara o entendimento de sua responsabilidade pelas ações de saúde, a definição de políticas nacionais se deu a partir de acordos entre as elites nacionais e locais, que passaram a considerar os benefícios decorrentes da perda de autonomia na saúde com adoção de políticas federais a partir dos incentivos que foram definidos. A exceção foi o estado de São Paulo, que desenvolveu uma infraestrutura sanitária independente da União. Enfim, o resultado foi a aprovação pelo Legislativo de uma política nacional de saneamento e profilaxia rural. Os serviços federais incluíram ações de saneamento, como drenagem e construção de fossas, educação sanitária, vacinação, práticas médicas, organização de estatísticas sanitárias e demográficas, legislação sanitária e sua fiscalização. Manteve-se, contudo, o consenso de que a assistência hospitalar e os socorros aos pobres eram atividades que competiam aos governos locais.

Em síntese, as políticas de saúde implantadas a partir de 1910 tiveram papel importante na penetração do Estado no território brasileiro e desenvolveu-se uma política de saúde pública e nacional, resultado de amplo processo de negociação entre os entes federativos e com o desenvolvimento da percepção de que o Estado nacional deveria assumir a saúde e o saneamento (Lima et all, 2005).

A partir de 1930, o aparato estatal em saúde é fortalecido e toma forma uma política nacional de saúde, embora de caráter restrito, num momento de inflexão política com instalação de um governo central com elevado grau de autonomia e redução da autonomia dos estados. O governo Vargas é reconhecido como um marco na configuração das políticas sociais no Brasil, entre elas a de saúde. Essa política vai se consolidar num modelo verticalizado e setorializado, organizado em dois subsetores: o de saúde pública e o da medicina previdenciária de caráter individual, que vai assumir predominância a partir da segunda metade dos anos 60. Institucionalmente, a centralização e afirmação da política se expressa na criação do Ministério de Educação e Saúde (Mesp), em 1934, e, em 1953, do Ministério da Saúde. Mas a divisão de funções se expressa também institucionalmente com a assistência médica individual previdenciária para aqueles inseridos no mercado de trabalho formal, ficando a cargo do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), enquanto no Mesp ficou a saúde pública e os serviços para aqueles não cobertos pela assistência previdenciária:

(...) aqueles identificados como pré-cidadãos: os pobres, os desempregados, os que exerciam atividades informais, ou seja, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários (Lima et all, 2005, p.41-42).

A política de saúde pública vai ser definida a partir da centralização normativa com descentralização executiva, estabelecendo-se mecanismos para normalizar e controlar a exceção das ações de saúde em todo o país, padronizando as atividades nos estados que gerenciavam os serviços sob orientação do governo central. Foram criados distritos sanitários, nos quais foram instalados postos de saúde fixos ou itinerantes para chegar às regiões do interior dos estados.

O período pós-segunda guerra, que coincide com um interstício democrático no Brasil, foi caracterizado por um otimismo sanitário, baseado na crença do poder da ciência e da medicina no combate e ou erradicação das doenças infectocontagiosas. Uma ideia força era também a que saúde era um bem de valor econômico de fundamental importância para o desenvolvimento. O enfrentamento das doenças tropicais ganha espaço nos programas de desenvolvimento, com ênfase no combate das endemias rurais, tendo a malária como paradigma e contando com apoio da Organização Mundial de Saúde criada no pós-guerra. As campanhas de erradicação de doenças transmissíveis reafirmavam um modelo verticalizado e centralizador com foco no vetor transmissor da doença e na lógica de entender a saúde como causa do desenvolvimento – e não o contrário, como será a posição defendida pelos sanitaristas desenvolvimentistas que apontavam a saúde como consequência do desenvolvimento.

O outro lado da política de saúde, na forma cindida em que se desenvolveu no Brasil, refere-se ao desenvolvimento da assistência médica individual. A origem e expansão desse tipo de assistência como política pública no país faz parte do processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social, que é o marco básico do sistema de proteção social montado no país, juntamente com a legislação trabalhista e sindical, durante o governo do presidente Vargas. Em conjunto, essa legislação constitui a nova forma de regulamentação da relação capital/trabalho e reorganização das relações Estado/sociedade de forma corporativista montada por Vargas. Na medida em que se desenvolve incorporada aos benefícios previdenciários, a assistência médica vai ser um benefício vinculado ao contrato de trabalho formal e com as características de seguro; sendo associada a diferentes segmentos profissionais, terá como marcas a segmentação de clientela, a diferenciação das formas e dos serviços de saúde prestados aos diversos segmentos de trabalhadores. Além de completamente separada, funcional e institucionalmente, das ações a cargo do Ministério da Saúde, que envolviam as ações de natureza coletiva, vinculadas, essencialmente, à vigilância, à prevenção e ao controle das doenças transmissíveis coletivas, além de alguma forma de assistência médica às populações pobres e do interior do país (Menicucci,2014). Essa cisão entre duas áreas vai marcar a política de saúde brasileira até a criação do Sistema Único de Saúde e é acompanhada do divórcio, cada vez maior, entre as ações de saúde com as de saneamento.

As primeiras instituições previdenciárias para os trabalhadores do setor privado foram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), criadas a partir de 1923, por determinação governamental e com a participação de recursos públicos, e obrigatórias apenas para as empresas com mais de cinquenta empregados. Nelas estava prevista a prestação de alguns serviços médicos aos trabalhadores cobertos e seus dependentes, e a provisão dos serviços se fazia pela compra de serviços privados – o que vai se constituir gradativamente como um legado da assistência médica com consequências sobre o seu desenvolvimento posterior.

Na década de 1930, já no governo Vargas, o sistema passa por profunda reformulação, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de caráter nacional e cada um deles incorporando uma categoria profissional. A extensão da cobertura previdenciária às diferentes categorias profissionais institucionalizou a diferenciação conforme a categoria de trabalhadores, estabelecendo-se no Brasil a “cidadania regulada”

(Santos, 1979). Essa traduz a relação entre ocupação e cidadania, sendo reconhecidos determinados direitos sociais a setores de assalariados urbanos e delega-se o status de não cidadão àqueles que não integram as categorias profissionais reconhecidas pelo governo e abrigadas em seus respectivos IAPs.

Entretanto, a expansão da cobertura previdenciária não se traduziu em ampliação correspondente da assistência em saúde até os anos 1960. O contexto de criação dos IAPs foi caracterizado por um esforço de restrição de despesas por parte das instituições previdenciárias, sendo uma de suas manifestações a queda real dos gastos com assistência médica. Mais do que expressar a restrição de gastos, refletia uma mudança de enfoque em relação à responsabilidade da previdência social na prestação de cuidados médicos, prevalecendo uma concepção mais restrita quanto aos benefícios, fixados em bases atuariais e num modelo de capitalização de reservas. Nessa concepção, a assistência era relegada a um plano secundário e condicionada às disponibilidades das instituições previdenciárias, além de serem estabelecidos tetos máximos para as despesas com esses serviços (Oliveira e Teixeira, 1986; Donnangelo, 1975; Cordeiro, 1984). Será apenas no final dos anos 1950 e, principalmente, no início da década de 1960 que ocorrerá uma substancial expansão da assistência médica previdenciária de forma a constituir um novo padrão de atenção à saúde no país, até então, em grande parte, de natureza privada (Braga e Paula, 1981). No âmbito dos institutos, a extensão dos serviços médicos e assistenciais era, em parte, condicionada às pressões da massa segurada, que apresentavam variações de intensidade entre as categorias profissionais; secundariamente essa expansão da assistência médica pelos Institutos favorecia a diminuição de afastamentos por doença ou invalidez, que onerava o sistema previdenciário e punha em risco o seu equilíbrio financeiro (Menicucci, 2007).

No período do governo militar (1964-1984), ocorre uma substancial expansão da assistência médica previdenciária a partir da unificação de todos os institutos, em 1966, no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que estendeu o seguro social para todos assalariados urbanos e uniformizou os benefícios. Ao absorver um número cada vez maior de assalariados como contribuintes compulsórios, a previdência social passou a mobilizar volume crescente de recursos e aumentou progressivamente a participação da assistência médica no conjunto das despesas. Foi se constituindo um consenso no sentido de que o Estado deveria estender os serviços de saúde a toda a população, expressando as pressões por cuidado médico em função do processo de industrialização e urbanização, que colocou nas grandes cidades uma massa assalariada em más condições de trabalho e baixa remuneração. Nesse processo, dá-se a elevação substancial dos custos com assistência médica, associada às transformações científicas e tecnológicas que levaram a maior utilização de medicamentos, serviços para diagnóstico e incorporação mais intensiva de equipamentos tendo o hospital como local de encontro das diversas especialidades médicas e detentor da infraestrutura e dos equipamentos necessários. O aumento do custo ampliava a demanda por assistência pública, em detrimento à medicina liberal.

A característica básica da política de saúde a partir dos anos 1960 teve ênfase na medicina previdenciária, de cunho individual e assistencialista, centrada no atendimento hospitalar. A contrapartida da expansão da assistência médica previdenciária foi a perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo, situação que se expressa pelo orçamento precário e declinante do Ministério da Saúde, órgão responsável por essas ações.

Por vários mecanismos, a expansão da assistência pública favoreceu a ampliação da rede privada prestadora de serviços e estancou o crescimento da rede pública, como: a prioridade dada à contratação de serviços privados, particularmente hospitalares em detrimento da expansão dos serviços públicos; o financiamento governamental a juros baixos para a construção de hospitais privados; o estabelecimento de convênios subsidiados com empresas para que assumissem a atenção médica a seus empregados.

Esses convênios do INPS com empresas legitimaram e expandiram a prática de essas organizações se responsabilizarem pela assistência à saúde de seus empregados. Um desdobramento dessa prática foi a

terceirização da assistência via convênios das empresas empregadoras com empresas médicas (ou medicina de grupo), cujo desenvolvimento levou também ao surgimento das cooperativas médicas. Essas novas instituições de saúde serão o esteio do desenvolvimento posterior de uma assistência privada autônoma em relação ao setor público, particularmente a medicina de grupo e as cooperativas médicas. Com a expansão desses dois segmentos, os prestadores de serviço privados vão se voltar para o atendimento dessa demanda efetivamente privada, deixando de se subordinarem exclusivamente ao setor público, mas, principalmente, à lógica do setor privado autônomo em expansão.

Essa prática favoreceu a expansão dos planos privados, o que recriou as desigualdades entre diferentes estratos dos trabalhadores não mais por categorias profissionais, mas pelas formas de inserção no mercado de trabalho, uma vez que os planos de saúde cobriam os empregados predominantemente nas grandes empresas e no eixo sul-sudeste. Além disso, transformou os atores privados em poderosos e influentes personagens na arena da saúde, o que foi acompanhado da atrofia da capacidade regulatória e de produção de serviços por parte do Estado, então fortemente dominado pelos interesses privados. Um poderoso incentivo para a expansão da assistência privada, tanto por parte das empresas como das pessoas físicas, estabelecido na década de 1980 e vigente até hoje, foi a renúncia fiscal, por meio da qual as despesas com assistência médica passam a ser deduzidas do lucro ou da renda bruta para efeitos de tributação do Imposto de Renda (Menicucci, 2007).

O modelo assistencial dependente do setor privado e centrado na assistência hospitalar mostrou-se inadequado não só pelo alto custo, como também pela ineficácia, desencadeando críticas e propostas alternativas frente a um quadro de crise no seu financiamento. No bojo do processo de democratização do país, novos atores políticos, portadores de novas propostas, entraram em cena, e foi possível incluir na agenda da Assembleia Nacional Constituinte uma proposta ampla de reforma da saúde que, em grandes linhas, conseguiu se expressar na constituição democrática promulgada em 1988.

A formação da proposta de reforma da política de saúde deu-se a partir de meados da década de 1970, a partir da articulação de um movimento político-ideológico por uma reforma sanitária, vista como parte integrante de um processo mais amplo de democratização: o movimento sanitário. De origem acadêmica, esse movimento se articulou com outros segmentos sociais e governamentais, destacando-se a categoria dos médicos e o “movimento popular em saúde”, que, como vários outros, emergiam ou se fortaleciam na conjuntura de transição democrática. No âmbito governamental, teve apoio de segmentos burocráticos que questionavam o modelo assistencial vigente e, nos anos 1980, contou com o Movimento Municipalista em Saúde, constituído pelos secretários e técnicos municipais de saúde interessados no viés municipalista da reforma sanitária.

O referencial ideológico do movimento sanitário, que sustentou as suas propostas políticas, expressa-se na teoria social da saúde (Escorel, 1998), ancorada numa abordagem marxista histórico-estrutural das condições e dos problemas de saúde da população, que se desenvolveu no âmbito dos departamentos de medicina preventiva (DMPs) de algumas universidades brasileiras. A partir da incorporação das ciências sociais ao estudo da saúde, constituiu-se o pensamento médico-social, que levava em conta o caráter político da área da saúde, deslocando o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada como determinante das condições de saúde. Nesse processo, delimitou-se um novo campo de estudo, denominado de saúde coletiva. Na década de 1970, o movimento desenvolveu conhecimento e produção teórica, bem como capacitação de profissionais por meio de mestrados e doutorados, e produziu intensas atividades de veiculação de ideias e aglutinação de pensamento crítico em saúde por meio de produção intelectual (livros e revistas) e realização de encontros e debates. Outra estratégia de atuação foi no âmbito do parlamento, tanto utilizando-o como um espaço que possibilitava oportunidade para um debate mais democrático em um contexto autoritário, como trabalhando para eleição de deputados, prefeitos e vereadores que tinham a saúde em suas plataformas eleitorais e eram ligados à questão mais geral da democratização.

O movimento sanitário alcançou alto grau de organicidade e foi bem-sucedido no esforço de promover uma alteração institucional e de princípios na política de saúde no Brasil, num momento favorável a mudanças institucionais:

Na transição democrática, abriu-se uma “janela para a política”, de forma que os problemas das políticas vigentes, associados ao processo político mais amplo de democratização, convergiram de modo a permitir que forças políticas não hegemônicas influenciassem decisivamente a formulação da política de saúde, dando lugar, em um momento específico, ao surgimento de uma política informada por uma ideologia publicista e por uma concepção de saúde como direito, tendo como corolários a universalização e a igualdade (Menicucci; Brasil, 2010, p. 381).

Como principais definições e características relativas à saúde, expressas no texto constitucional e legislação infraconstitucional, destacamos:

A saúde foi reconhecida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196). Com isso rompe-se com o caráter meritocrático da assistência vinculada à inserção no mercado de trabalho que passa a ser incorporada à ideia de cidadania, além de se romper com a dicotomização anterior, a partir da noção de integralidade da assistência. A lei orgânica da Saúde (8080/1990) explicita o saneamento básico como um dos determinantes ou condicionantes da saúde.

A saúde foi estabelecida como parte da seguridade social, organizada sob uma lógica universalista e equitativa, e definida como um conjunto de ações e iniciativas destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, com criação de orçamento próprio oriundo de fontes diversificadas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, dos estados e dos municípios;

Para dar materialidade à política de saúde, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), formado pelo conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, e que tem como princípios: a universalidade de acesso e gratuidade em todos os níveis da atenção à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a integralidade da assistência, o que envolve um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; a participação da comunidade no processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde (por meio de conferências de Saúde) e na fiscalização, controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados em todos os níveis de governo (por meio de conselhos de saúde, de composição paritária – governo e sociedade); a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (no âmbito nacional pelo Ministério da Saúde, nos âmbitos estaduais e municipais pelas secretarias estaduais e ou municipais de saúde) com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços.

O financiamento do SUS, definido pela CF 1988 e alterado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, é competência dos três entes federados (União, estados e municípios), mediante recursos de seus orçamentos e de contribuições sociais previstas no Orçamento da Seguridade Social (OSS).

Do ponto de vista federativo, o SUS foi criado como um pacto assentado em uma concepção de cooperação entre as três esferas de governo. Embora haja um conjunto grande de atribuições comuns aos três entes

federados, o governo central brasileiro concentra autoridade no processo decisório e na regulamentação da política de saúde, enquanto os governos subnacionais, particularmente os municípios, são os responsáveis pela execução. Cabem à União a normalização e a coordenação geral do sistema de saúde no âmbito nacional, e o Executivo federal, especificamente o Ministério da Saúde, detém o controle do processo decisório, define o formato da cooperação e a destinação dos recursos transferidos. Ao Ministério cabe a regulamentação do processo de descentralização de responsabilidades e funções para os municípios e estados a partir das diretrizes da descentralização político-administrativa e da regionalização e hierarquização da rede de serviços. O principal mecanismo de regulação, e que define a natureza das relações intergovernamentais, é a distribuição dos recursos para o custeio do sistema de saúde. A União tem um poderoso mecanismo institucional de coordenação que é a maior disponibilidade de recursos, apesar de o financiamento da saúde ser responsabilidade de todos os entes federativos. O repasse “fundo a fundo” é a modalidade preferencial de transferência de recursos entre os três níveis de governo, e o financiamento com recursos federais é organizado e transferido em blocos, o que também limita a autonomia dos entes federados. Parte desses recursos são transferências condicionadas e dependem da adesão a programas e prioridades definidas nacionalmente e são um mecanismo para alinhar as decisões dos governos subnacionais a essas prioridades.

Após a criação do SUS, o planejamento e a execução dos dois conjuntos de ações antes dicotomizadas (ações coletivas e assistência médica previdenciária) que faziam parte da política de saúde brasileira passaram a ter um comando único em cada nível de governo. Não obstante os avanços conquistados, principalmente na organização dos serviços assistenciais, a dicotomia e a fragmentação das ações persistiram por longo tempo, havendo um déficit no SUS em relação às ações sanitárias de caráter coletivo, colocadas à margem dos processos de gestão.

Até 1999, as ações de natureza coletiva no SUS permaneceram centralizadas e, só a partir dos anos 2000, efetivou-se a descentralização da vigilância sanitária. Ainda em 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, cuja competência abrange tanto a regulação sanitária como a regulação econômica do mercado, no tocante aos setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população. Além da atribuição regulatória, também é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma integrada com outros órgãos públicos relacionados direta ou indiretamente ao setor saúde.

Em 2003 foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), com função de coordenar o sistema nacional de vigilância em saúde, desde 1990 sob a responsabilidade do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (Cenepi/Funasa). A SVS passa a localizar-se no mesmo nível organizacional da área de assistência à saúde, sinalizando para a intenção de superar a resiliente dicotomia entre preventivo e curativo, ente individual e coletivo que dificultam a integralidade; todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, além da promoção à saúde, passaram a estar reunidas numa única estrutura do Ministério da Saúde.

No âmbito da SVS, a Coordenadoria de Vigilância Ambiental (CGVAM) sinaliza para a possibilidade de atuação intersetorial na medida em que visa à proteção e promoção da saúde da população, por meio do acompanhamento contínuo de eventos adversos à saúde. Dado que a vigilância ambiental em saúde possui, necessariamente, um caráter integrador inter e intrasetorial, pressiona para a avaliação e ação conjunta das áreas envolvidas com o ambiente e a saúde humana. Entre essas ações, vislumbra-se a vigilância da qualidade da água para consumo humano, cujo principal objeto é a garantia do acesso à água em qualidade compatível com o padrão de potabilidade estabelecido na legislação vigente no Brasil (Portaria 518/2004) objetivando a promoção da saúde e a redução dos riscos provenientes da água.

Na interface da saúde com o saneamento, ressalta-se a criação, em 1991, da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a partir da fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de

Campanhas de Saúde Pública (Sucam), criadas respectivamente em 1960 e 1969. A primeira tem origem na 2ª Guerra Mundial, e tinha como objetivo montar infraestrutura sanitária nas áreas onde existiam matéria prima de interesse estratégico, sendo patrocinada pelo governo dos Estados Unidos. Após a guerra, foi mantida para atuar em saúde e saneamento nas regiões menos desenvolvidas, particularmente na zona rural. A Sucam, por sua vez, desenvolvia atividades de combate às endemias de transmissão vetorial, sendo um órgão de grande penetração rural no país em função de sua atuação no controle ou erradicação das grandes endemias a partir de um modelo de organização de ações de saúde pública do Brasil, denominado sanitário campanhista. As atribuições atuais da Funasa são definidas como: fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças; formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde relacionadas com as ações estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Decretos Nº 7.335/2010 e 8867/2016)³. Com foco em populações mais carentes, atua para garantir acesso aos serviços de saneamento básico, incluindo ações em Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e Sistemas de Esgotamento Sanitário (SES) nos municípios com população até 50.000 habitantes, além de fomentar a ampliação da área de cobertura dos serviços públicos de manejo de resíduos sólidos. Enfim, cabe à Funasa a implementação das ações de saneamento em áreas rurais de todos os municípios brasileiros, inclusive no atendimento às populações remanescentes de quilombos, assentamentos rurais e populações ribeirinhas. Sua atuação na área de saneamento é voltada para comunidades com indicadores de saúde que denotam a presença de enfermidades causadas pela falta ou inadequação de saneamento.

Entretanto, o foco principal no processo de implantação do SUS vai ser a igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, e o direito à saúde passa a ser entendido como o direito à atenção à saúde em qualquer espaço geográfico do país. Ou seja, a universalidade e a igualdade no acesso às ações e serviços. Apesar de o direito constitucional à saúde, expresso na Constituição e na Lei Orgânica, seja um conceito complexo e multidimensional, sua garantia demanda “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença” e que, portanto, extrapolam o setor saúde especificamente. Nessa perspectiva, a concretização do direito à saúde passa por políticas públicas que impactem sobre as condições de vida e sobre os determinantes da saúde. Tem, ainda, articulação com o desenvolvimento, associando-se à ideia de promoção da saúde, que reconhece o papel dos determinantes sociais sobre as condições de saúde e remete a ações intersetoriais sobre a população; e não apenas sobre o indivíduo (Buss, 2009). Portanto, as políticas de saúde não podem ser avaliadas apenas setorialmente, havendo que se examinar passos, traços e produtos da ação governamental que têm repercussões na saúde da população⁴.

³ Até 2010 coube também à Funasa a assistência à saúde das populações indígenas, função que passou a ser exercida diretamente pelo Ministério da Saúde com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

⁴ “Cabe registrar nas duas últimas décadas melhorias substantivas em diversas políticas públicas que afetam as condições de vida ao atuar sobre os determinantes da saúde, destacando-se o combate à fome e à miséria com políticas de transferências de renda e voltadas para a segurança alimentar por meio de um conjunto de ações que interferem nas diversas etapas do fluxo de produção, distribuição, preparo e consumo de alimentos, inclusive o apoio à agricultura familiar; o combate ao racismo e às desigualdades raciais, bem como às desigualdades de gênero; avanços expressivos na área da assistência social; crescimento da taxa de cobertura da previdência social por meio de vários programas; promoção do desenvolvimento nacional; implementação de uma política de desenvolvimento urbano que busca assegurar oportunidades de acesso à moradia digna, à terra urbanizada, à água potável e a condições mais adequadas de saneamento; e o contínuo investimento na melhoria da qualidade do ensino” (Menicucci, no prelo).

O quadro seguinte sintetiza a trajetória das políticas de saúde e de saneamento destacando os momentos de maior aproximação ou de distanciamento entre as duas.

Período	Saneamento	Saúde
Integração saúde/saneamento		
Saneamento como segmento preventivo da saúde		
Até 1900	<ul style="list-style-type: none"> - Estado assume água e esgotamento sanitário nas principais cidades; concessão para empresas privadas, predominantemente estrangeiras - Estabelecimento de redes de distribuição de água para as residências, não gratuitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ideia: sanear o meio ambiente a partir da teoria dos miasmas - Ausência de uma política nacional de saúde
Imbricação entre saneamento e saúde na origem das políticas nacionais de saúde pública		
1910-1930	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliação dos sistemas coletivos de água (predominante) e esgotamento sanitário - Saneamento rural no âmbito da política de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Coletivização e nacionalização do cuidado - Uma política nacional de saneamento e profilaxia rural; instalação de infraestrutura estatal no país - Assistência hospitalar e os socorros aos pobres como competência dos governos locais
A separação saneamento/saúde		
1930-1964	<ul style="list-style-type: none"> - Centralização - Conflitos relativos ao uso da água - 1934: Código das Águas 	<ul style="list-style-type: none"> - Início do deslocamento da ênfase preventiva para o fortalecimento da assistência médica individual - Modelo verticalizado e setorializado. Política organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária de caráter individual - Campanhas de erradicação de doenças transmissíveis com foco no vetor transmissor da doença - 1942: criação do Serviço especial de saúde pública (Sesp) para construção e financiamento de sistemas sanitários - 1960: Sesp transformado em Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) - montar infraestrutura sanitária nas áreas onde existiam matéria-prima de interesse estratégico

Período	Saneamento	Saúde
1964 -1988	Do governo militar ao processo de democratização Distanciamento entre saneamento e política de saúde	
	<ul style="list-style-type: none"> - Constituição de uma política pública; avanço (desigual) na cobertura das redes de água e esgoto - 1964: criação do BNH para centralizar recursos e coordenar ações - 1966: criação do FGTS - fonte de recursos para a política de desenvolvimento urbano - 1971: início do funcionamento do Planasa – estabelece sistema de prestação de serviços em âmbito nacional; incentivos para Companhias Estaduais de Saneamento Básico (Cesb) e perda de protagonismo dos municípios; afirmação de uma lógica empresarial - 1984: criação da Assemae – defesa da prestação de serviços municipalizada -1985: criação do Ministério do Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente - 1980's: Baixo desempenho econômico - financeiro das Cesbs; recessão econômica e redução do financiamento federal - 1986: extinção do BNH; Caixa Econômica Federal assumiu papel de financiamento do saneamento - Vazio institucional e político das políticas urbanas com a desarticulação de suas condições organizacionais de operação 	<ul style="list-style-type: none"> - Esvaziamento do Ministério da Saúde na definição de prioridades e na articulação com as ações do saneamento - 1969: criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) - combate às endemias de transmissão vetorial (sanitarismo campanhista) -Expansão da assistência médica previdenciária com extensão do seguro social para todos assalariados urbanos - Ênfase na atenção de cunho individual e assistencialista; perda de importância relativa das medidas de saúde pública voltadas para o atendimento de necessidades coletivas e de caráter preventivo - Surgimento e expansão da assistência médica privada - Articulação de um movimento político-ideológico por uma reforma sanitária, como parte do processo de democratização
1988	Promulgação de uma nova constituição democrática – aproximação normativa	
	<ul style="list-style-type: none"> - Tímidas e genéricas menções ao saneamento - Programas de saneamento como de competência de qualquer um dos níveis da federação, submetidos a diretrizes gerais emanadas pela União - Municípios com a competência de organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma substantiva da política de saúde - Saúde reconhecida como direito de todos e dever do Estado - Instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como princípios e diretrizes: universalidade de acesso; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, financiamento como competência dos três entes federados mediante recursos de seus orçamentos e de contribuições sociais - SUS concebido como um pacto federativo - SUS deve participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico

Período	Saneamento	Saúde
	Distanciamento das ações de saneamento em relação à saúde Direito à saúde versus cidadão travestido em consumidor de serviços	
Década de 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilidade financeira das companhias estaduais e municipais e ausência de investimentos no setor - Projetos de privatização das empresas públicas concomitantemente ao enfraquecimento da política nacional de saneamento - Conflitos federativos em relação à titularidade dos serviços e à relação estados/municípios - Várias formas de gestão dos serviços e ausência de regulação das relações entre municípios e empresas estaduais - Arena política polarizada: defensores do <i>status quo</i> versus atores articulados em torno de ideais normativos de fortalecimento da noção de saneamento enquanto direito - Criação da Secretaria de Política Urbana/Ministério de Planejamento e Orçamento - coordenar a execução da Política Nacional de Saneamento - Diversas instituições com funções no setor - Veto presidencial a projeto de lei que dispunha sobre a Política Nacional de Saneamento - Lei de concessões permitindo a prestação de serviços públicos pela iniciativa privada -1998: suspensos os financiamentos com recursos do FGTS para órgãos públicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Implantação do SUS com ênfase na garantia do acesso a ações e serviços de saúde - Subfinanciamento e dificuldades para garantir a universalidade - Déficit no SUS em relação às ações sanitárias de caráter coletivo - 1991: criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa)/Ministério da Saúde - responsável pela seleção dos locais para investimentos em saneamento a partir do critério de saúde pública - 1999: criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)
	Reaproximação do saneamento com a política de saúde a partir de uma visão de promoção da saúde como integrante do direito à saúde	
Anos 2000	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de suporte jurídico e político-institucional mais sólido - 2003: criação do Ministério das Cidades (Mcidades) e da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA) que assume a relação com a saúde e o acesso aos serviços de saneamento básico como direito do cidadão - Articulação com as políticas públicas de desenvolvimento urbano - Criação do Conselho das Cidades/Comitê Técnico de Saneamento Ambiental - Lei 11.107/2005 - Lei do Consórcio Público - Lei 11.445/2007 (Lei do Saneamento) - direito ao saneamento implícito na lei, sem alcançar o status constitucional - 2007: PAC – previsão de investimentos robustos na área de habitação e saneamento com foco na universalização do acesso ao saneamento básico - 2013: publicação do Plansab 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco: igualdade de acesso às ações e serviços de saúde - 2003: criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) no mesmo nível organizacional da área de assistência à saúde, sinalizando a intenção de superar a resiliente dicotomia entre preventivo e curativo - 1991: criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a partir da fusão da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) com o papel de fomentar soluções de saneamento para prevenção e controle de doenças, com foco em populações mais carentes; inclui acesso aos serviços de saneamento básico (Sistemas de Abastecimento de Água (SAA) e Sistemas de Esgotamento Sanitário (SES) nos municípios com população até 50.000 habitantes, além de fomentar a ampliação da área de cobertura dos serviços públicos de manejo de resíduos sólidos

4. Alguns indicadores de cobertura de saneamento e morbimortalidade associada a saneamento inadequado

Essa trajetória de distanciamento entre saúde e saneamento, em que o segundo apresenta um descompasso em relação ao avanço da atenção à saúde no sentido de alcançar a universalização e se consolidar como direito, tem consequências. Por um lado, o acesso inadequado ao saneamento afeta as condições de saúde e, por outro, torna incompleto o direito à saúde que não se restringe ao acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde. Para ilustrar essa afirmação, nesta seção são apresentados indicadores de cobertura de alguns componentes do saneamento básico para o Brasil e sua evolução nas duas últimas décadas para o conjunto do país e regiões. Em seguida, tendo como unidade de análise os municípios, indicadores de cobertura são associados a indicadores socioeconômicos e de saúde com foco em doenças que usualmente são associadas a condições inadequadas de saneamento, tomando a incidência de internações por diarreia como *proxy* dos efeitos sobre a saúde do saneamento inadequado. Essa associação parte da perspectiva dos determinantes sociais da saúde, cujo foco é a relação entre condições socioeconômicas e saúde, e especificamente entre saneamento e saúde – ou das condições inadequadas de saneamento e a morbimortalidade.

Os gráficos abaixo mostram a evolução de alguns indicadores de cobertura de saneamento da população brasileira no período 2004-2015.

GRÁFICO 1. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com lixo coletado na área urbana – Brasil e regiões

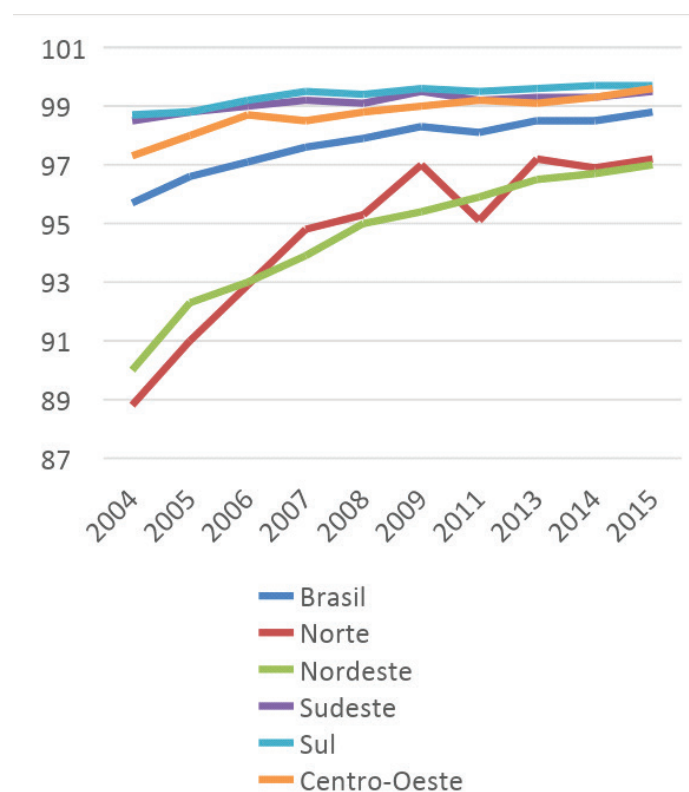
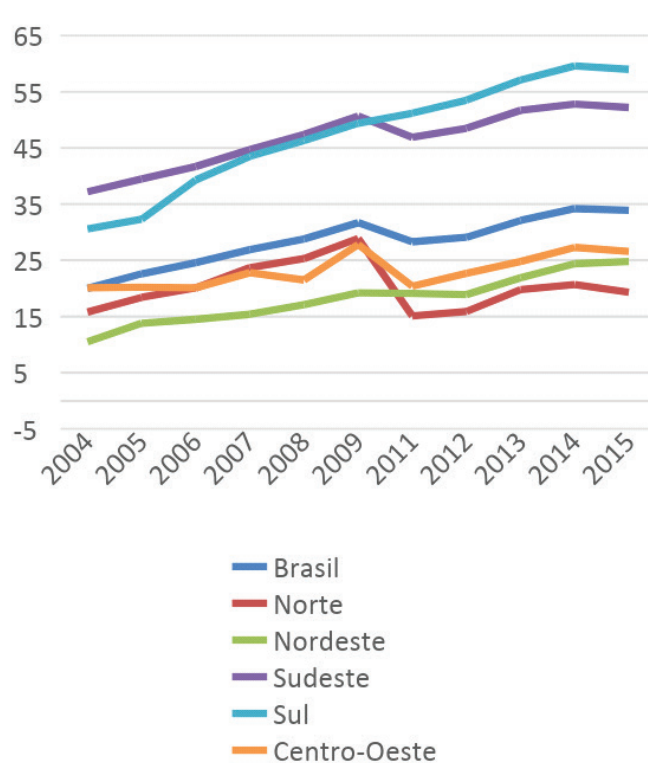


GRÁFICO 2. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com lixo coletado na área rural – Brasil e regiões



Fonte: IBGE/Sidra. Elaboração própria.

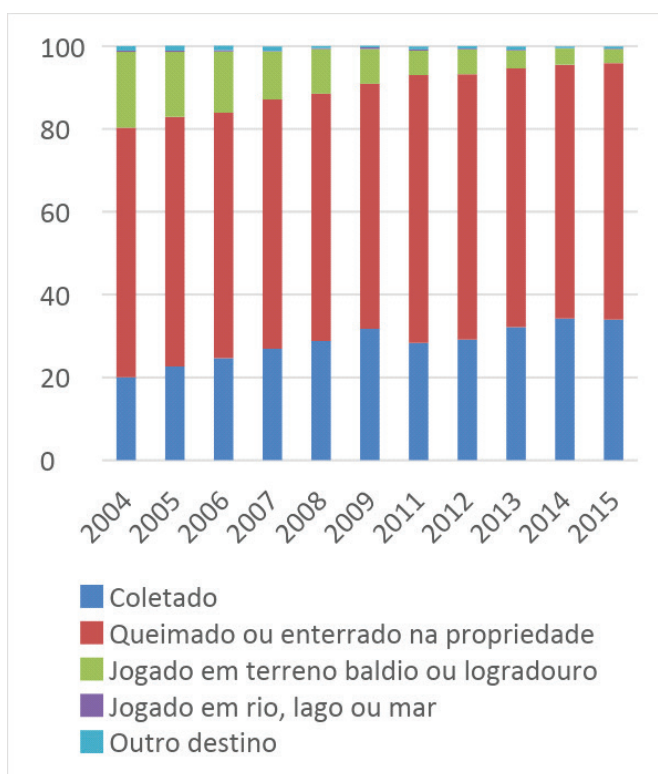
Observa-se uma evolução positiva no período em relação ao lixo coletado na área urbana que atinge 98,8 % dos moradores em domicílios particulares permanentes⁵ em 2015, embora com pequenas variações entre as unidades da federação e valor bem menor no Maranhão (85,1%); as regiões Norte e Nordeste registram a situação menos favorável, apesar da melhoria significativa no período. Entretanto, na área rural, esse percentual é de apenas 33,9%, a despeito da melhoria significativa para o conjunto do país (20% em 2004); a situação entre as regiões (e estados) é bastante desigual, com a região Sudeste ocupando a situação mais favorável e bastante diferenciada em relação às demais; entre os estados, o percentual de lixo coletado na área rural varia de 12,4 e 12.5% em Roraima e Piauí, a 78,8% no Rio de Janeiro (IBGE/Sidra).

Em relação ao destino do lixo, registra-se ampliação do percentual de moradores em domicílios com lixo coletado no período (de 95,7 para 98,8%) na área urbana e com pequena variação entre regiões – exceção é o estado do Maranhão, com apenas 85,6% em 2015, enquanto todos os outros estados apresentavam cobertura superior a 90%. A situação é bem diferente na área rural - apenas 33,9% em 2015 -, onde a maior parte do lixo (62%) ainda é queimada ou enterrada; registra-se ainda grande variação entre as regiões e unidades da federação: de 19,3 % na região Norte a 59% na região Sul; e de 12,4% em Roraima a 78,8% no Rio de Janeiro. (IBGE/Sidra).

GRÁFICO 3. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes por tipo de destino do lixo na área urbana – Brasil



GRÁFICO 4. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes por tipo de destino do lixo na área rural – Brasil



Fonte: IBGE/Sidra. Elaboração própria.

⁵ Domicílio que foi construído a fim de servir exclusivamente para habitação e, na data de referência, tinha a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas.

A situação do país é bem pior em relação ao esgotamento sanitário, e são expressivas as diferenças entre as áreas rural e urbana. Apesar da ampliação entre 2004 e 2015, apenas 66,5% dos moradores em domicílios particulares tinham acesso à rede coletora de esgotos na área urbana no último ano da série, 2015; 5% à fossa séptica e 10,2% ainda usavam fossas rudimentares. Além disso, a variação entre regiões é muito grande: na região Nordeste, apenas aproximadamente 17% dos moradores tinha acesso à rede coletora de esgoto na área urbana em 2015; mesmo na região Sul, essa cobertura atingia apenas um pouco mais da metade dos moradores. Na área rural, a maior parte (43,5%) tinha fossas rudimentares, com pouca variação no período, sendo a pequena queda acompanhada do aumento de fossa séptica e redução daqueles que não tinham nenhum tipo de esgotamento sanitário, que passam de 19 a 11% dos moradores; a região Sudeste que tem a maior cobertura de rede coletora na área rural, atingiu apenas 17% dos moradores de domicílios permanentes.

GRÁFICO 5. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes pelo tipo de esgotamento sanitário na área urbana (2004, 2009 e 2015)

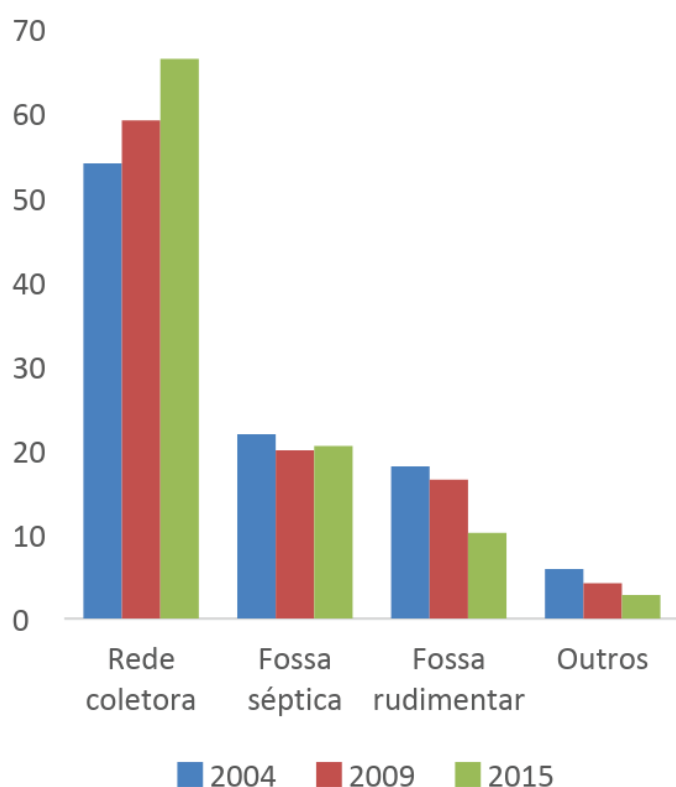
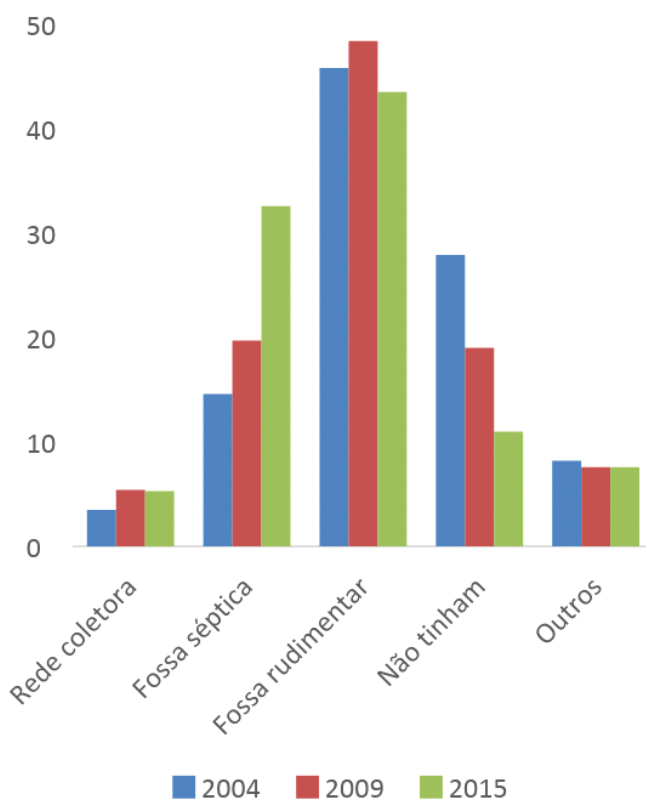


GRÁFICO 6. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes pelo tipo de esgotamento sanitário na área rural (2004, 2009 e 2015)



Fonte: IBGE/Sidra. Elaboração própria.

GRÁFICO 7. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário por meio de rede coletora na área urbana por regiões. Brasil, 2004, 2009 e 2015.

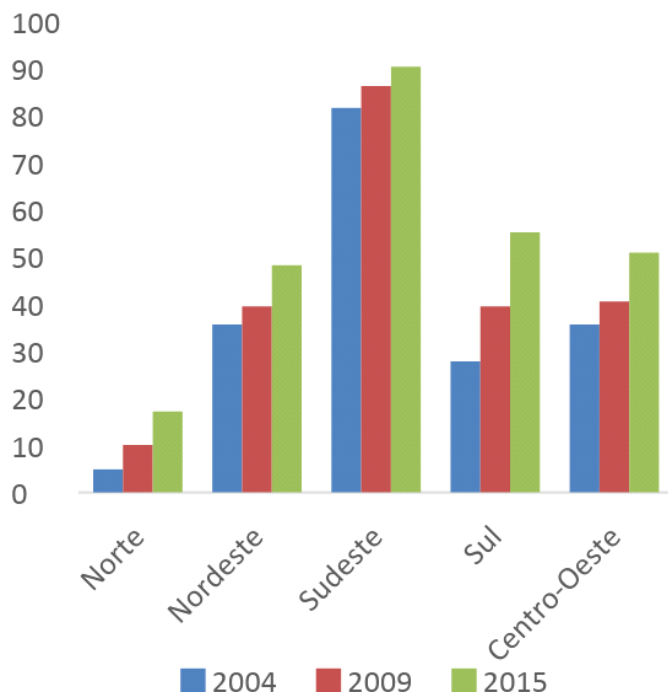
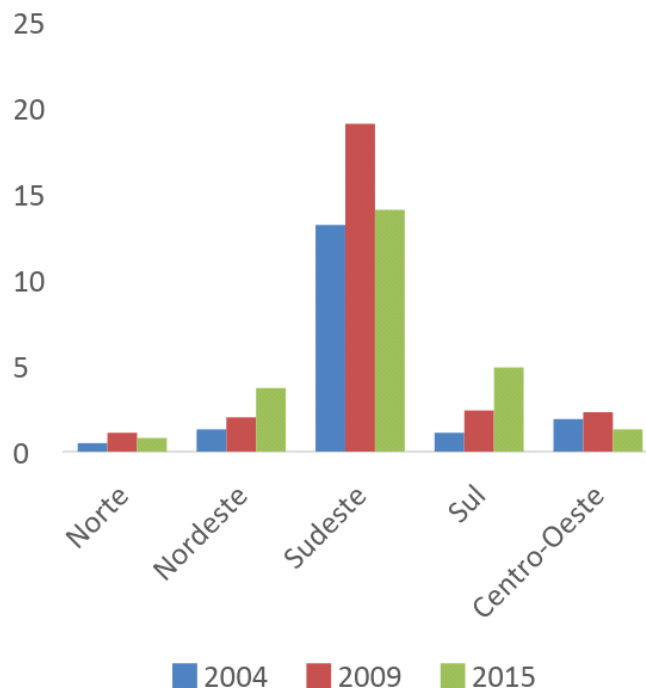


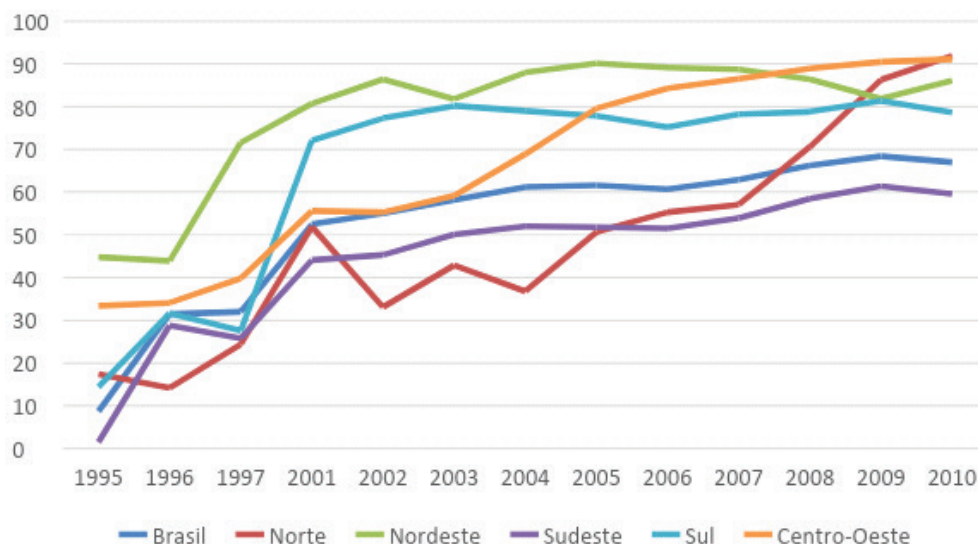
GRÁFICO 8. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário por meio de rede coletora na área rural por regiões. Brasil, 2004, 2009 e 2015.



Fonte: IBGE/Sidra. Elaboração própria.

Se nem toda população tem acesso à rede coletora de esgoto, o volume desse esgoto que é tratado é baixo, apesar de uma evolução histórica positiva, atingindo apenas 67% para o Brasil em 2010. Curiosamente, a região Norte tem o maior percentual de esgoto tratado (91,9%), o que pode estar associado ao baixo volume de esgoto recolhido, uma vez que trata-se da região com menor percentual de cobertura por redes coletoras; em termos percentuais, a situação da região Nordeste é também superior às regiões Sul e Sudeste.

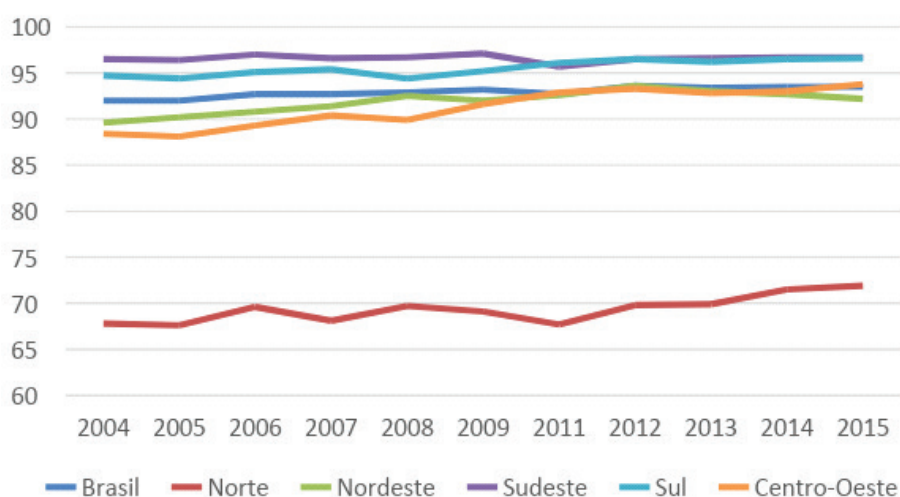
GRÁFICO 9. Percentual de esgoto tratado por regiões. Brasil, 1995-1997, 2001-2010.



Fonte: IBGE/Sidra. Elaboração própria.

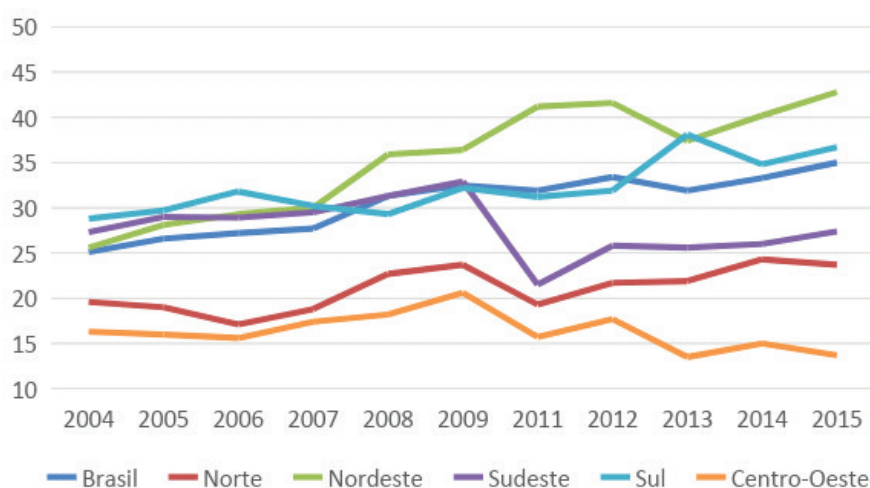
Refletindo a trajetória brasileira desde o Planasa, a situação em relação a abastecimento de água é melhor do que em relação ao esgotamento sanitário, mas apenas na área urbana cuja cobertura com abastecimento de água pela rede geral atingia 93,5% dos moradores em domicílios particulares permanentes em 2015; 18 unidades da federação tinham cobertura igual ou superior a 90% em 2015, mas quatro possuíam percentuais bem baixos: 53,1% no Amapá, 57,2% em Roraima, 63,6% no Pará e 68,2% no Acre, todos na região Norte. Considerando como unidade as regiões, mais uma vez o Sul e o Sudeste apresentam situação mais favorável, seguidos de perto pela região Nordeste, que apresentou uma evolução positiva até 2012, com ligeira piora em seguida; a região Norte é o caso mais discrepante, com cobertura bem inferior do que as demais e bem abaixo da média do país (71,9% em 2015). Por sua vez, na área rural o abastecimento de água por rede geral alcança apenas 35% dos moradores no conjunto de país, com grande variação entre estados e regiões, verificando-se sete estados com cobertura rural menor do que 20% em 2015, sendo três na região Norte: Rondônia, Acre, Tocantins, Paraíba, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás. Entretanto, tendo como unidade as regiões no caso da área rural, a cobertura por rede de água é bem maior na região Nordeste (42,8% em 2015) e muito reduzida na Centro-Oeste (13,7%), que apresenta queda de cobertura no período. Na maior parte da área rural (53,%) a população se abastece de água por meio de poço ou nascente.

GRÁFICO 10. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água pela rede geral na área urbana – Brasil e regiões. 2004-2009, 2011-2015.



Fonte: IBGE/Sidra

GRÁFICO 11. Distribuição percentual de moradores em domicílios particulares permanentes com abastecimento de água pela rede geral na área rural – Brasil e regiões



Fonte: IBGE/Sidra

Os mapas seguintes permitem visualizar a situação dos municípios do país em relação ao percentual de população em domicílios com água encanada, com água encanada e banheiro, com serviço de coleta de lixo e com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados. Embora os mapas dispensem comentários, cabe chamar a atenção para a concentração de situações mais favoráveis nos municípios das regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Quando além de água encanada se considera a existência de banheiro nos domicílios, o mapa se torna bem mais claro (situação mais desfavorável) em toda a região Norte e na Nordeste. A coleta de lixo demonstra estar presente na maioria dos municípios de todo o país, enquanto uma atribuição tipicamente do nível de governo municipal. Mas no quarto mapa, que considera os municípios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequado e no qual as cores mais escuras apontam para as situações mais desfavoráveis, o mapa escurece bastante, com grande concentração de municípios em situações ruins.

FIGURA 1. Mapa do percentual da população que vive em domicílios com água encanada

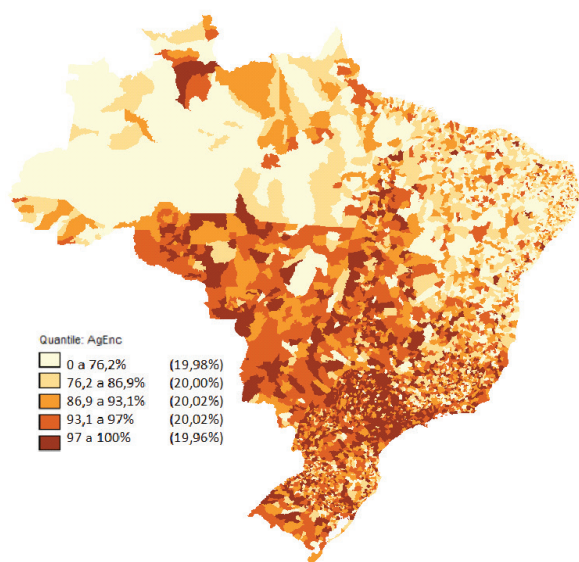


FIGURA 2. Mapa do percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada

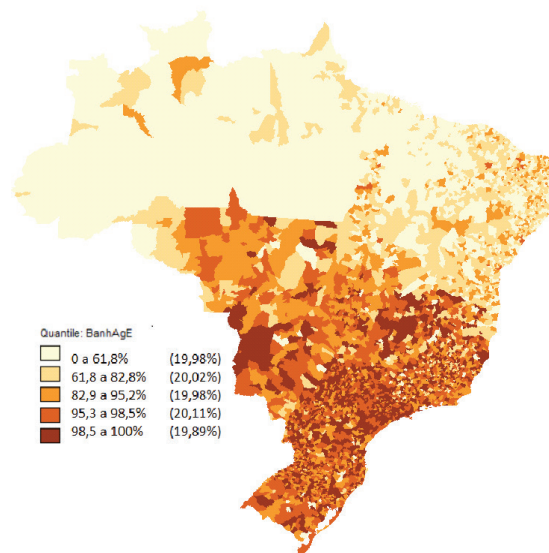


FIGURA 3. Mapa do percentual da população que vive em domicílios urbanos com serviço de coleta de lixo

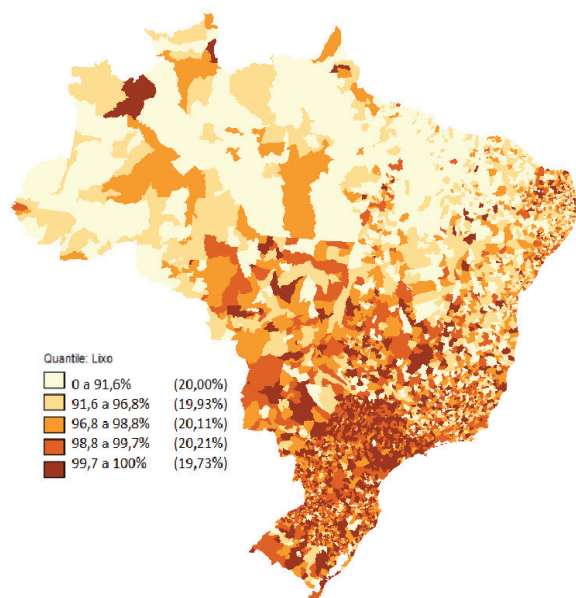
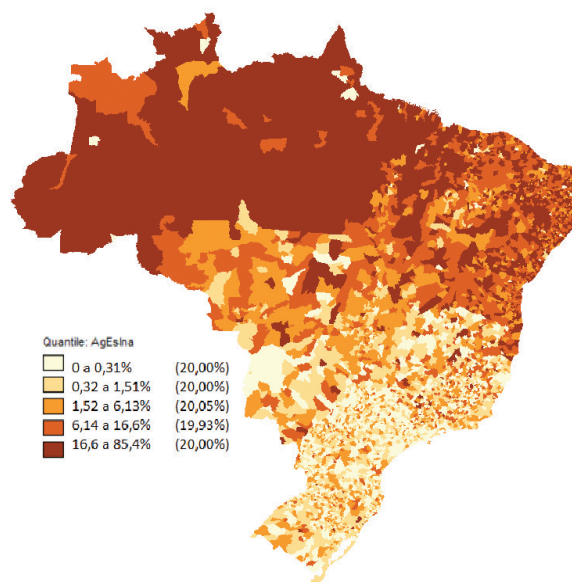


FIGURA 4. Mapa do percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados



Relacionando indicadores socioeconômicos dos domicílios com indicadores de saneamento da população residente em domicílios permanentes, é possível fazer algumas observações a partir dos dados do Censo Demográfico de 2010 (Tabela 1):

Há relação entre a renda per capita do município e a disponibilidade de água e banheiro no domicílio; na medida em que aumenta a renda per capita do município, cresce a proporção da população com água e banheiro no domicílio no intervalo mais alto (mais de 90% da população); todos os poucos municípios com renda per capita mais alta também encontram-se em situação mais favorável, mas entre os municípios de renda mais baixa, apenas 7,45% têm essa cobertura mais alta.

A mesma relação se verifica em relação ao IDHM: quanto maior, melhor a situação da população quanto à disponibilidade de água e banheiro no domicílio.

A desigualdade de renda e a proporção de pobres do município também estão associadas a esse indicador: nos municípios com maior desigualdade e maior proporção de pobres, há maior parcela da população sem água e banheiro no domicílio.

Maiores taxas de mortalidade infantil do município também estão associadas a maior proporção da população sem acesso a água e banheiro no domicílio.

O percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados está também associado a indicadores socioeconômicos: em situações mais favoráveis quanto à renda per capita, IDHM, proporção de pobres e desigualdade do município a tendência é haver menor proporção de população com condições inadequadas de água e esgoto.

TABELA 1. Indicadores socioeconômicos e de saneamento dos municípios. Brasil, 2010

Indicadores municipais		Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada				Percentual da população em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados				
		1	2	3	4	SI	1	2	3	4
Renda per capita	1	9,4	31,7	51,4	7,5	0,6	0	4,2	44,50%	50,7
	2	0	0,8	17,5	81,7	11,6	0	0	3,2	85,2
	3	0	0	3	97	19,5	0	0	0,2	80,4
	4	0	0	0	100	22,2	0	0	0	77,8
IDHM	2	15	42,1	41,5	1,4	0,1	0,1	6,8	52,4	40,6
	3	0,2	4,2	26,7	68,9	10,4	0	0	9,5	80
	4	0	0	0	100	10,3	0	0	0	89,7
Proporção de pobres	SI	0	0	0	100	50	0	0	0	50
	1	23,6	51,4	25	0	0,1	0,1	9,7	58,8	31,2
	2	1,7	26	68,3	4	0,2	0	1,3	43,5	55,1
	3	0,1	2,2	53,9	43,8	1,8	0	0,1	11	87,1
Coeficiente de Gini	4	0	0	5,5	94,4	16,1	0	0	0,4	83,4
	2	23,7	31,3	27,5	17,6	1,1	0,4	6,5	46,2	45,8
	3	3,3	14,2	32,9	49,6	5,8	0	1,7	20,9	71,6
Taxa de mortalidade infantil	4	0	0,2	3,9	95,9	32,3	0	0	0,7	67
	1	17,4	42,9	38,2	1,5	0,4	0	6,4	54,6	38,6
	2	8,4	31,9	53,8	5,8	0,2	0,1	4,2	45,6	50
	3	0,2	2	19,7	78,1	11,9	0	0,1	4,9	83,1
4	0	1	3,9	95,1	19,6	0	0	1	79,4	

Fonte: Censo IBGE (2010), extraídos via plataforma do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (Pnud Brasil).
Elaboração própria.

Legendas	1	2	3	4
Percentual da população que vive em domicílios com banheiro e água encanada	Até 30	31-60	60-90	Mais de 90
Percentual de pessoas em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados	Mais de 80	51-80	16-50	Até 15
Renda per capita do município	Até R\$400	R\$401-800	R\$801 -1200	Mais de R\$1200
IDHM	Até 0,4	0,41-0,6	0,61- 0,8	Mais de 0,8
Proporção de pobres (%)	Mais de 45	30-45	15-30	Até 15
Coefficiente de Gini	Mais de 0,8	0,61-0,8	0,41-0,6	Até 0,4
Taxa de mortalidade infantil (por 1000)	Mais de 30	21-30	11 a 30	Até 10

As correlações entre os indicadores socioeconômicos municipais e o acesso a saneamento adequado (Quadro 2), que sintetizam esses dados, apontam para correlações fortes (0,70 a 0,89) entre a disponibilidade de banheiro e água encanada no domicílio e a renda per capita do município, o IDHM, a proporção de pobres e a mortalidade infantil – nos dois últimos casos sendo uma associação negativa; a associação é também forte entre abastecimento de água e esgoto sanitário inadequado e proporção de pobres no município. Correlações mais fracas são verificadas em relação ao índice de Gini e disponibilidade de água encanada e coleta de lixo, elementos que já estão mais universalizados e menos afetados pela desigualdade.

QUADRO 2. Correlações entre indicadores de cobertura de saneamento da população residente nos municípios e indicadores socioeconômicos dos municípios. Brasil, 2010

População em domicílios permanentes	Indicadores socioeconômicos municipais				
	Renda per capita	IDHM	Proporção de pobres	Índice de Gini	Mortalidade infantil
Água Encanada	,564**	,659**	-,666**	-,323**	-,546**
Banheiro e Água Encanada	,700**	,806**	-,877**	-,543**	-,739**
Coleta de Lixo	,425**	,471**	-,542**	-,343**	-,440**
Abastecimento de Água e Esgotamento Sanitário Inadequados	-,581**	-,658**	,715**	,423**	,597**

Fontes: IBGE; Atlas Pnud e DataSUS, 2010

** Correlação é significativa a 0.001 (2-tailed).

É um lugar comum, no âmbito técnico, a associação entre acesso inadequado a serviços de saneamento e a incidência de várias doenças, com base na noção dos determinantes sociais e ambientais da saúde e da doença. Apesar das limitações metodológicas (vários fatores afetam o adoecimento, muitos deles de forma inter-relacionada) e de informação (os dados de cobertura não discriminam a qualidade dos serviços nem outros tipos de exposição ambiental), estudos rigorosos apontam redução da morbidade e mortalidade por diarreia, atribuídas a melhorias no abastecimento de água ou no esgotamento sanitário (Roberts, 1997, apud Heller, 1998), embora outros fatores também afetem esses resultados. Briscoe (1985, apud Heller, 1998, p.76) postula que, se a curto prazo o efeito mensurável do abastecimento de água e do esgotamento sanitário pode

parecer reduzido, pela resposta não linear da intervenção, a longo prazo seu efeito sobre a saúde é substancialmente superior ao de intervenções médicas⁶.

A título de exemplificação, citamos alguns estudos feitos no Brasil. Pesquisa promovida pela Funasa (Escoda, 2005) sobre a efetividade das ações de saneamento no Rio Grande do Norte, no período 2002-2003, testou a seguinte hipótese: quanto maior fosse o volume de financiamento das ações estruturais de saneamento pela Fundação, maior seria o impacto na redução de indicadores de morbimortalidade específicos. Foi produzido um ranking da correlação dos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH-m) com os de Saneamento Básico e Indicadores Epidemiológicos que mostrou correlação entre a integralidade e a efetividade das ações financiadas, ou seja, se as ações de financiamento foram integrais, intervindo nas três dimensões do saneamento (água, esgoto e coleta de resíduos sólidos), o impacto nos indicadores epidemiológicos foi considerável, embora a integralidade não predomine.

Estudo (Oliveira, 2008) realizado com dados do Censo Demográfico 2000 e das Pnads 2004 e 2006 para as Regiões Metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte e Recife, comparou a abrangência de serviços de saneamento a partir das variáveis rede geral de abastecimento de água e rede geral de esgoto. O trabalho constatou que a associação entre saneamento básico e taxa de mortalidade infantil não mais ocorre de forma direta, sendo provável que as taxas mais baixas resultem de uma conjugação de fatores socioeconômicos, demográficos e de atenção à saúde, além de serviços adequados de saneamento básico; nem sempre uma cobertura mais abrangente de rede de esgoto corresponde, necessariamente, a uma baixa taxa de mortalidade infantil, e vice-versa. Particularmente na região Centro-Sul do Brasil, o saneamento básico deixou de ser variável explicativa para a taxa de mortalidade infantil em função das suas condições sociais, econômicas e culturais. Entretanto, no Nordeste, a falta de saneamento continua a ser fator de agravamento das altas taxas, sobretudo quando as condições de vida são precárias. A conclusão é que para reduzir as taxas de mortalidade infantil ainda persistentes, os investimentos em saneamento básico teriam de vir acompanhados por programas específicos direcionados a grupos de alto risco e com ações voltadas para melhorias de condições de vida (nutrição, habitação, educação, atenção médico-sanitária e epidemiológica, sobretudo materno-infantil).

Um estudo epidemiológico sobre o impacto das condições de saneamento e práticas higiênicas sobre a ocorrência de diarreia entre crianças menores de 5 anos, residentes na área urbana da cidade de Betim/MG, e realizado em 1993 (Heller et al, 2003), identificou as seguintes variáveis como significativamente associadas à diarreia, que incluem tanto determinantes socioeconômicos quanto relacionados a saneamento: lavar e higienizar frutas e vegetais; presença de água de esgoto na rua; coleta, armazenagem e disposição do lixo; condições dos reservatórios domésticos de água; disposição das fezes de fraldas, presença de vetores nas casas e inundação do lote da casa.

Teixeira e Guilhermino (2006, apud Teixeira et al (2011) identificaram que a mortalidade infantil, a mortalidade proporcional por diarreia aguda em menores de cinco anos e a mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias para todas as idades estavam associadas a deficiências na cobertura por serviços de saneamento básico (água e esgotos).

Por sua vez, Teixeira et al (2011) verificaram a associação entre as condições de saneamento e os indicadores epidemiológicos nos estados brasileiros no período 2001-2006, considerando que, partir de 2003, os investimentos em saneamento básico no Brasil aumentaram expressivamente com recursos do Orçamento

⁶ Cvjetanovic (1986) critica esses modelos que relacionam as ações de saneamento com um grupo definido de doenças, como as enfermidades diarreicas por ignorar o caráter amplo da definição de saúde formulada pela Organização Mundial da Saúde, ao avaliar impactos sobre doenças e não sobre a saúde propriamente.

Geral da União (OGU), do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). O estudo visou testar a hipótese de que a ampliação da cobertura por serviços de saneamento básico, no período entre 2001 e 2006, foi um investimento capaz de melhorar os indicadores de saúde e utilizou vários outros indicadores ou fatores de risco. Concluiu que houve melhoria nos indicadores de saúde, porém não expressiva, e a baixa cobertura por esgotamento sanitário nos estados brasileiros continua contribuindo para a mortalidade infantil, embora outros fatores também operem. Alguns resultados do estudo foram: redução na taxa de mortalidade infantil de 21,3% (de 26,3 para 27,7/1000 nascidos vivos); redução de 11,4% na mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos; relação inversamente proporcional entre cobertura por sistemas de esgotamento sanitário e mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos; redução de 9,7% na taxa de mortalidade proporcional por doenças infecciosas e parasitárias para todas as idades, e uma relação inversamente proporcional com a cobertura por sistemas de abastecimento de água. De forma aparentemente contraditória, constatou-se também que quanto maior o gasto público com saneamento, maior a mortalidade proporcional por doença diarreica aguda em menores de cinco anos. O resultado mostrou relação com o critério adotado em 2006 para alocação de recursos do FGTS para financiar obras de saneamento que priorizaram investimentos em municípios e estados de acordo com a posição de cada projeto de investimento em um ranking nacional elaborado pelo Ministério das Cidades. Essa classificação se baseou em critérios como a taxa de mortalidade infantil do local, a mortalidade por diarreia aguda em menores de cinco anos, a cobertura populacional por redes de água e de esgoto, a incidência de dengue e a substituição de lixões por aterros sanitários. Estudo similar feito pelos mesmos autores (Teixeira et al, 2012) - mas para 21 países da América Latina - também concluiu que quanto maior a cobertura populacional por serviços de esgotamento sanitário e por sistemas de abastecimento de água, menor a mortalidade infantil e menor a taxa de mortalidade de menores de 5 anos.

Estudo acerca do impacto sobre a saúde pública das deficiências dos serviços de saneamento básico para o conjunto do país no período de 2001 a 2009 (Teixeira et al, 2014) concluiu que as doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado foram responsáveis, em média, por 13.449 óbitos por ano (1,31%) ao longo do período de 2001 a 2009; diarreias e a doença de Chagas representaram mais de 83% do total de óbitos por causas definidas relacionadas ao saneamento básico inadequado; as quatro doenças de notificação compulsória associadas a deficiências ou inexistência de saneamento básico com maior número de casos notificados no período foram dengue, hepatite, esquistossomose e leptospirose.

Para fins ilustrativos e sem pretensão explicativa, são apresentados a seguir alguns indicadores clássicos (internação e morte associadas à diarreia) para apontar problemas de saúde associados ao saneamento inadequado, relacionando-os aos mesmos indicadores de saneamento utilizados no início desta seção. A Tabela 2 mostra as taxas de internação e morte por diarreia, por Unidades da federação⁷. Já o Quadro 3, as correlações entre essas taxas e os indicadores de cobertura de saneamento para os estados.

⁷ A utilização do município como unidade de análise se mostrou problemática, pois grande parte dos municípios apresentaram o valor 0 (zero) ou não apresentaram informações, sendo que as duas situações estavam agregadas; daí a opção de usar as unidades da federação. As taxas de mortalidade são as utilizadas pelo DataSus: Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH (Autorização de Internação Hospitalar) aprovadas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100. As taxas de internações variam entre 0 a 1, a partir do cálculo: Taxa = N° de internações por doenças diarreicas / N° total de internações

TABELA 2. Taxas de mortalidade e de internações por doenças diarreicas por UF. Brasil, 2010

	Taxa de mortalidade por doenças diarreicas	Taxa de mortalidade por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos	Taxa de internações por doenças diarreicas	Taxa de internações por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos
Rondônia	0,27	0,03	0,08	0,22
Acre	0,38	0,25	0,06	0,23
Amazonas	0,33	0,22	0,04	0,14
Roraima	1,02	0,64	0,03	0,13
Pará	0,12	0,05	0,12	0,34
Amapá	0,84	0,96	0,02	0,12
Tocantins	0,29	0,21	0,05	0,18
Maranhão	0,11	0,09	0,13	0,33
Piauí	0,12	0,04	0,12	0,3
Ceará	0,58	0,09	0,05	0,19
Rio Grande do Norte	0,23	0,06	0,07	0,2
Paraíba	0,38	0,03	0,08	0,24
Pernambuco	0,63	0,17	0,04	0,13
Alagoas	0,38	0,15	0,07	0,23
Sergipe	1,51	0,61	0,02	0,11
Bahia	0,48	0,14	0,08	0,23
Minas Gerais	0,99	0,11	0,02	0,1
Espírito Santo	0,42	0,04	0,03	0,12
Rio de Janeiro	0,45	0,07	0,02	0,09
São Paulo	1,26	0,09	0,01	0,05
Paraná	0,39	0,03	0,04	0,12
Santa Catarina	0,62	0,21	0,02	0,09
Rio Grande do Sul	0,93	0,08	0,02	0,09
Mato Grosso do Sul	0,6	0,3	0,04	0,16
Mato Grosso	0,3	0,09	0,06	0,2
Goiás	0,24	0,05	0,06	0,2
Distrito Federal	0,59	0,07	0,01	0,06

Fonte: DataSUS/TABNET (2010). Elaboração própria.

Quadro 3. Correlações entre indicadores de saúde e cobertura de saneamento. Unidades da federação, Brasil, 2010

Indicadores de saúde	Indicadores de cobertura de saneamento			
	Água encanada	Banheiro e água encanada	Coleta de lixo	Água e esgotamento inadequados
Taxa de mortalidade por doenças diarreicas	,336	,341	,467*	-,288
Taxa de mortalidade por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos	,003	-,248	,088	,309
Taxa de internações por doenças diarreicas	-,593**	-,627**	-,763**	,548**
Taxa de internações por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos	-,616**	-,692**	-,732**	,635**

Fontes: IBGE; DataSUS.

São identificadas fortes associações entre a taxa de internação por doenças diarreicas, tanto geral como em crianças de até cinco anos, e a cobertura por coleta de lixo, e moderadas em relação aos outros indicadores de saneamento. A coleta de lixo é o único indicador de cobertura de saneamento que também apresenta associação moderada com a taxa de mortalidade por doenças diarreicas. Mesmo com tendência à universalização, a ausência de coleta de lixo para alguns segmentos da população está ainda levando ao adoecer e morrer por doenças associadas a condições de vida: cerca de 504 mil pessoas se internaram por doenças diarreicas em 2010, sendo aproximadamente 198 mil crianças de até 5 anos; e ainda 2.246 pessoas morreram por esse motivo (DataSUS, 2010). As taxas de internação variaram muito entre as unidades da federação, sendo as mais altas no Maranhão e no Piauí (0,13 e 0,12 respectivamente); a mesma posição relativa se reproduz para as internações por doenças diarreicas em crianças de até 5 anos, cujas taxas são bem mais altas de modo geral e consistentemente maiores nos estados das regiões Norte e Nordeste.

5- Conclusões

A reconstituição da trajetória da política de saneamento e da política de saúde no Brasil, duas políticas cujos resultados possuem efeitos relacionados sobre a saúde, apontam para singularidades e diferenças, bem como expressiva desarticulação entre elas, apesar de pontos de conexão em momentos históricos particulares ou em relação a ações voltadas para territórios e públicos específicos, ressaltando-se a atuação da Funasa nesse aspecto. Na tentativa de síntese comparativa dessas duas trajetórias, destacamos dois aspectos: o status normativo e constitucional de ambas no escopo das políticas públicas brasileiras e uma interpretação política para isso; as conexões ou desconexões entre elas, apesar das justificativas práticas e teóricas para a sua integração.

Como ponto de partida, voltamos à indagação inicial: por que saneamento é importante de modo a justificar a intervenção governamental, no sentido de constituição de uma política pública articulada, com objetivos definidos, alocação regular de recursos, definição de arranjos institucionais e de atores responsáveis, e de territórios e ou públicos-alvo? Do ponto de vista da razão técnica, não faltam justificativas para isso, em geral associadas às externalidades negativas decorrentes da ausência de saneamento que afetam não apenas aqueles que não têm acesso a saneamento, mas também os que o têm; os efeitos negativos sobre a saúde das pessoas, tanto na morbidade como na mortalidade, o que situa o saneamento no campo das políticas de bem-estar; e ainda os efeitos econômicos considerando que saneamento faz parte da infraestrutura econômica e, portanto, é um elemento importante nas políticas voltadas para o desenvolvimento.

Porém, o que coloca um tema na agenda governamental não é sua natureza objetiva, mas o fato dele se tornar um problema político. E isso se relaciona com a forma em que atores societários e governamentais tornam visíveis e enquadram os problemas, o que remete aos processos políticos associados à formulação de políticas públicas. Esses processos referem-se tanto à distribuição de poder (quem tem poder de afetar o processo decisório) como a elementos simbólicos presentes na forma de construção do problema e das suas soluções, os quais são indissociáveis dos elementos normativos que informam toda política pública, pois ao fim e ao cabo, como destacou Sabatier e Weible (2007), políticas públicas podem ser vistas como um sistema de crenças. Nessa construção, a atuação de empreendedores de políticas que atuam como seus defensores é fundamental, mas esses atuam em um ambiente institucionalizado que costuma oferecer constrangimentos a mudanças ou inovações de políticas públicas em contextos específicos. No caso do saneamento, duas construções simbólicas se opõem na agenda pública: saneamento como um direito humano – portanto, obrigação do Estado de provê-lo de forma universal – ou saneamento como mercadoria – um bem que se adquire no mercado.

Esses elementos permitem uma interpretação para o diferente status institucional das duas políticas no arcabouço legal brasileiro. A política de saúde é hoje estruturada setorialmente (apesar de seus inúmeros

problemas, particularmente o subfinanciamento, e ainda as ameaças de desconstrução na conjuntura política recente) a partir da definição constitucional da saúde como direito e de outras normatizações nacionais. Por sua vez, o saneamento é ainda objeto de controvérsias estruturantes e fundamentais, como a titularidade dos serviços e seu status de direito, apenas recentemente proclamado na Lei 11.445/2007 (e não na Constituição) e reconhecido pela Assembleia Geral das Nações Unidas (Resolução 64/292) e pelo Conselho de Direitos Humanos (Resolução 15/9) em 2010, sendo o Brasil um dos países signatários dessa decisão que, contudo, não é vinculante.

A configuração federativa das duas políticas constitui-se num outro elemento diferenciador importante nos seus respectivos status institucional. Ambas exemplificam o fato de que no interior de cada país federativo, as características das relações interfederativas podem variar no âmbito de cada área de intervenção governamental, ou em cada campo setorial das políticas públicas. Em consequência, os efeitos das instituições federativas sobre as políticas não são uniformes (Menicucci, 2017). No caso da saúde, o governo central concentra autoridade no processo decisório e na regulamentação da política, enquanto os governos subnacionais, particularmente os municípios, são os responsáveis pela execução. Existe uma política nacional constitucionalizada e um sistema nacional de saúde do qual todas as jurisdições fazem parte com atribuições compartilhadas, mas definidas em dispositivos normativos infraconstitucionais a partir de diretrizes constitucionais. Em relação ao federalismo fiscal, o papel da União no financiamento público da saúde no Brasil é preponderante e garantido pela Constituição e legislação infraconstitucional. Regras constitucionais definem percentuais mínimos da receita dos estados e municípios para serem gastos com saúde, o que garante patamares básicos, em que pesem os diferenciais na capacidade de gastos dos entes federados. (Menicucci, 2017).

Por sua vez, no âmbito do saneamento, a questão da titularidade dos serviços ainda é objeto de disputa decorrente de relativa indefinição ou ausência de definições mais explícitas na Constituição, o que abre brechas para decisões judiciais provocadas por questionamentos oriundos de regiões metropolitanas e estados a partir de diferentes interpretações dos dispositivos constitucionais. A opção constitucional de definir como competência comum dos três entes federados a promoção de programas de melhoria das condições de saneamento abre brechas para desobrigar qualquer um dos entes federados desses programas ao não deixar claras as obrigações de cada um, mas também aponta para a possibilidade de um federalismo cooperativo, o que demanda a definição de mecanismos e instrumentos de cooperação. A lei do consórcio público e a lei do saneamento trazem contribuições importantes neste sentido e abrem possibilidades novas para maior institucionalização do setor de saneamento como um passo possível, mas não garantido, para uma política nacional.

A trajetória diversa dos dois campos de intervenção governamental aponta para alguns elementos interpretativos, particularmente a existência mais precoce de movimentos políticos mais articulados no campo da saúde e que produziram enquadramentos para a saúde e a doença capazes de influenciar o processo decisório e a formatação de uma política nacional particularmente em dois momentos cruciais de inovação e reconfiguração institucional. O primeiro, bastante elitizado, mas atuante, nas primeiras décadas do século XX (o movimento sanitarista), que deu origem às políticas nacionais de saúde pública; e o segundo (o movimento sanitário) durante o processo de democratização do país a partir de meados da década de 1970, que reuniu diferentes atores e conseguiu inscrever na Constituição promulgada em 1988 a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além de definir a forma de garantia desse direito, bem como as competências dos entes federados. Por sua vez, no campo do saneamento as decisões mais relevantes no sentido de formatação de uma política partiram de iniciativas de governos autoritários, particularmente os governos militares, que imprimiram a marca da política enquanto fator de desenvolvimento, empreendimento empresarial com serviços remunerados diretamente pela população beneficiada, e a cargo de empresas estaduais. Esse legado criou fortes interesses empresariais no setor, independente da natureza jurídica das empresas, gerou apoio de muitos

governadores nos estados com empresas de saneamento fortes. No processo de mudanças institucionais propiciado pela democratização do país e realização de uma assembleia constituinte na segunda metade da década de 1980, não havia nenhum movimento organizado que apresentasse uma proposta elaborada para o setor de saneamento, a qual produzisse diretrizes para uma política nacional para o setor – embora houvesse um forte movimento pela reforma urbana, mas no âmbito do qual o saneamento só adquire maior relevância nos anos 2000. A ausência ou fragilidade de advocacies se refletiu na Constituição de 1988, na qual o saneamento recebe poucas e genéricas menções, não fornecendo elementos claros para a construção de um novo arranjo institucional ou para a assunção de saneamento como direito. O período pós-constituinte, associado ao esvaziamento do Planasa, caracterizou-se por uma condução errática, fragmentada e de baixo financiamento das ações de saneamento que não conseguiu definir, até 2003, um lugar institucional, transitando entre diferentes ministérios e agências governamentais, além de uma situação de grande fragmentação – que se mantém mesmo após a criação do Ministério das Cidades e da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental quando o saneamento entra com mais força na agenda do governo federal.

Nas duas últimas décadas vem se estruturando um movimento político mais articulado no sentido de garantir o status de direito ao acesso à água e ao esgotamento sanitário, o que se traduz na obrigação governamental de garantir o acesso universal a esses serviços (Silva, 2017, p.12) e que encontra nas decisões também recentes da ONU um apoio normativo e político para a difusão de um novo enquadramento para a questão. Desde meados dos anos 1980, destaca-se a atuação da Assemae e, desde o final dos anos 1990, da FNSA, e observa-se a constituição de outra imagem da política de saneamento, com foco na municipalização e universalização dos serviços que se confronta com aquela difundida pelos atores consolidados historicamente. A titularidade dos serviços é a face mais visível do conflito, ainda em disputa frente à opacidade da legislação e a decisões jurídicas sobre a questão que, como acontece em diferentes áreas, passam a substituir medidas em princípio afetas à esfera política. Mas a promulgação da Lei e publicação do Plansab pode ser vista, em parte, como resultado desse embate e da atuação dos atores mais recentes; e abriu novas possibilidades e promessas para o setor de saneamento ao definir um quadro normativo, mas cuja aplicação dependa da disposição política da União para fazer implementar ações aderentes aos princípios definidos na lei.

Essas trajetórias diversas apontam também para a baixa articulação entre as duas políticas, pontuadas por momentos históricos de maior entrelaçamento. Até o século XX, havia ações governamentais no sentido de prover serviços de água e saneamento nas principais cidades do país, numa perspectiva de prevenção de doenças a cargo dos municípios. Mas foi apenas nas primeiras décadas desse século que ações de caráter e amplitude nacionais voltadas para a saúde coletiva tomam a forma de uma política nacional, na qual se incluía o saneamento rural dentro de uma ênfase preventivista da política de saúde. No processo de constituição dessa política, a partir da atuação de um movimento sanitarista, construiu-se um consenso da interdependência social com a transformação da doença em um problema nacional, ou seja: a doença e o saneamento tornaram-se um problema político. A partir desse enquadramento, foi possível alterar a ação governamental, com reforço da centralização e nacionalização da política em contexto de um federalismo que delegava grande autonomia e competências aos governos estaduais em relação à saúde.

A partir dos anos 1930, ocorre um processo de centralização política no Brasil com redução da autonomia dos estados de modo geral, e inclusive nas áreas de saneamento e de saúde. Nessa última, desenvolve-se uma política centralizada e setorializada, organizada numa esfera de saúde pública, com foco na erradicação de doenças transmissíveis e executada pelos governos estaduais; e noutro setor de medicina previdenciária, com a assistência médica individual restrita aos trabalhadores formais urbanos e caracterizada pela diferenciação entre categorias profissionais. A partir dos anos 1960, esse segundo setor terá preponderância em detrimento das ações de caráter coletivo, ao mesmo tempo em que se dá um distanciamento entre essas e as ações de saneamento.

Coincide com a expansão da assistência médica individual de caráter curativo e predominantemente hospitalar, e desarticulada dela, a constituição de uma política de saneamento com definição de objetivos, formatação de um arranjo institucional e fontes de financiamento. Num contexto do governo autoritário caracterizado por valorização do planejamento global e centralizado, o saneamento se alinhava aos objetivos de desenvolvimento econômico. Houve aumento de cobertura, embora de forma desigual no país e concentrado nas áreas mais desenvolvidas.

O processo de democratização resultou em uma nova constituição. Com ela, deu-se a consagração do direito à saúde entendido de forma ampla, cuja garantia não se restringe ao acesso a ações e serviços de saúde, mas demanda políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de adoecer – entre elas o saneamento básico é definido como um dos determinantes ou condicionantes da saúde na Lei Orgânica da Saúde de 1990. De modo geral, o foco principal no processo de implantação do SUS vai ser a igualdade de acesso às ações e serviços de saúde, um esforço hercúleo em um país federativo com mais de 5000 municípios e em condições de baixo financiamento e concorrência com um setor privado indiretamente financiado por subsídios fiscais. No âmbito setorial, ressalta-se a atuação da Funasa, que dá continuidade às práticas da antiga FSESP, com ações de saneamento com vistas a controle de doenças e focadas em populações carentes, grupos específicos, municípios menores e áreas rurais.

No seu conjunto, as ações de saneamento básico estão dispersas em diversos órgãos do governo federal, algumas vinculadas ao setor saúde e outras a demais ministérios: investimentos e a gestão de recursos onerosos, os de maior vulto, é atribuição exclusiva do MCidades, por meio da SNSA; quando envolvem recursos do Orçamento Geral da União (OGU), cabe ao MCidades no caso de municípios com população superior a 50 mil habitantes ou integrantes de Regiões Metropolitanas (RM) ou Regiões Integradas de Desenvolvimento (Ride), e à Funasa/MS o atendimento a municípios com menos de 50 mil habitantes, áreas rurais, quilombolas e sujeitas a endemias; a SVS dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade; à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai/MS) cabe executar ações de vigilância e controle da qualidade da água para consumo humano nas aldeias; à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa/MS) cabe exercer a vigilância da qualidade da água nas áreas de portos, aeroportos e passagens de fronteiras terrestres; o Ministério do Meio Ambiente (MMA) é responsável pela formulação e implementação da Política Nacional de Resíduos Sólidos; a Agência Nacional das Águas (ANA/MMA) responde pela implementação da Política Nacional de Recursos Hídricos; aos Ministérios das Cidades e da Integração Nacional compete o manejo de águas pluviais urbanas (MCidades, 2014, p.30). Esse arcabouço institucional pressiona pela necessidade de integração entre as ações dos vários órgãos colocando-se a necessidade de instrumentos normativos e de gestão que favoreçam a cooperação. O Conselho das Cidades tem potencial para promover essa integração no campo das políticas urbanas e a “lei do saneamento” também aponta para maior articulação com a saúde.

Se na prática política a separação predomina, no campo teórico-conceitual e normativo, ela não se justifica. Como aponta Mann (1996, p.924 apud Silva, 2017, p.19), “o referencial de direitos humanos fornece uma abordagem mais útil para analisar e responder aos desafios da saúde pública do que qualquer outro referencial biomédico tradicional disponível” e a promoção e proteção da saúde só seriam alcançadas se houvesse promoção e proteção dos direitos humanos. Como enfatiza a Organização das Nações Unidas, o referencial de direitos humanos é um instrumento apropriado para ser utilizado no sentido de combater os determinantes sociais e as iniquidades em saúde (WHO,2008).

A declaração da água limpa e segura e do saneamento como direito humano essencial para gozar plenamente a vida e todos os outros direitos humanos aponta para a visão integral dos direitos humanos, os quais além de universais e indivisíveis, são interdependentes e interrelacionados. A falta desses recursos afeta a

saúde e a qualidade de vida, e quando um direito é violado, os demais também o são. Ou seja, o direito humano à água e ao saneamento (HRtWS) deriva do direito a um padrão de vida adequado e do direito ao mais alto padrão de saúde física e mental, bem como do direito à vida e à dignidade humana. Reforçando a obrigação dos governos em garantir esses direitos humanos mais recentemente reconhecidos, entre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), definidos pela ONU em 2015 e que devem ser implementados por todos os países do mundo durante os próximos 15 anos (até 2030), consta como o ODS6: “Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e saneamento para todos”⁸.

No âmbito da saúde já se elaborou o conceito de promoção da saúde que parte de uma concepção ampliada de saúde, a qual reconhece o papel dos determinantes sociais sobre as condições de saúde da população (BUSS, 2009). Esses determinantes do processo saúde-doença envolvem dimensões da biologia humana, do estilo de vida, do ambiente e da organização dos serviços de saúde, como corresponsáveis pela qualidade de vida dos indivíduos; incluem fatores econômicos, sociais, culturais, ambientais, biológicos, entre outros, que atuam sobre o processo saúde-doença.

É bem antigo o conceito de saúde elaborado em 1978, durante a Conferência Internacional de Atenção Básica, organizada pela OMS em Alma-Ata, e que se tornou uma referência internacional, segundo o qual saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença (BUSS, 2009). A partir desse enfoque, as ações de saúde estão voltadas para atividades coletivas e intersetoriais, ou seja, para o desenvolvimento de políticas públicas capazes de criar ambientes favoráveis à saúde. E para a promoção da saúde, torna-se necessário identificar os macrodeterminantes do processo saúde-doença para interferir de forma intersetorial sobre a população; e não apenas sobre o indivíduo, com vistas a minimizar as iniquidades produzidas pelos determinantes sociais.

Esse conceito de promoção da saúde aproxima-se da noção contemporânea de direitos humanos, que oferece uma estrutura para ação e planejamento, assim como argumentos fortes e convincentes sobre a responsabilidade governamental não apenas para instituir serviços de saúde, mas também para transformar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza, marginalização e discriminação (Gruskin e Tarantola, 2012, apud Silva, 2017). Como sintetiza Silva (2017, p.24): ainda segundo Gruskin (2002), ao articular políticas públicas de saúde com direitos humanos, obriga-se os Estados a promover e proteger tanto a saúde pública como os direitos humanos, o que, conseqüentemente, apoia a criação de um marco teórico-ético, legalmente vinculante, para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas e programas em saúde.

O referencial de direitos humanos, que se coaduna com o de promoção da saúde, oferece os argumentos ético-políticos para justificar a elaboração de políticas públicas que visem os determinantes sociais, envolvendo, para isso, vários atores e setores, entre eles, mas não apenas, o acesso ao saneamento básico de forma universal e igualitária. É também consistente com a definição constitucional do direito à saúde, expresso no

8 Os 17 objetivos globais são: 1)Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares; 2)Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável; 3)Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades; 4) Assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos; 5)Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas; 6)Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos; 7)Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos; 8) Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos; 9)Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação; 10)Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles; 11)Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis; 12)Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis; 13)Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos; 14)Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável; 15)Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade; 16) Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis; 17)Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável (ONUBR, 2015).

artigo 196 da Constituição de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Assumir tanto o direito à saúde como os direitos humanos tem implicações para as políticas públicas, uma vez que direitos se materializam em políticas públicas.

Do ponto de vista técnico-conceitual, o divórcio entre políticas de saúde e de saneamento é insustentável; mas sua junção depende da racionalidade política e do enquadramento simbólico que sustentam as decisões políticas. Embora as prioridades políticas não sejam definidas apenas pela razão técnica, mas pelo poder político de vários setores/atores e por sua capacidade de articulação dentro do sistema político, o conhecimento é um recurso relevante no processo de tomada de decisão e de construção social de um problema que, mesmo sendo uma atividade mais política do que técnica não prescinde do conhecimento. Entre outras coisas, o conhecimento é um recurso para construção de novas ideias, dado que essas incluem tanto valores e visões de mundo como a identificação de relações causais. Toda política pública é, ao mesmo tempo, o teste de uma hipótese sobre como o mundo funciona, além de uma exposição de valores de como o mundo deve ser, e nesse último ponto se inclui a identificação do papel do Estado. Os dados da realidade já demonstraram a inadequação de políticas desarticuladas se o objetivo é melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos e, nesse sentido, são a base técnica inquestionável da vinculação entre as condições de saneamento e outros aspectos das condições socioeconômicas, bem como da saúde com todas elas. Se a natureza das políticas impõe algumas singularidades e a sua trajetória limita as opções, exige-se reinvenção por parte dos seus defensores e dos decisores.

6- Referências bibliográficas

- ADAM, Silke; KRIESI, Hanspeter. The network approach. In: SABATIER, Paul A. (edit.). *The theories of the Policy Process*. Boulder/Colorado: Westview Press, 2007.
- ARAÚJO FILHO, Valdemar; REGO, Paulo A.; MORAIS, Maria da Piedade. *Condicionantes Político-Institucionais da Política de Saneamento Básico no Contexto Federativo: uma avaliação do desempenho da política nos Governos de FHC e de Lula (1995-2009)*. 36º Encontro Anual da ANPOCS. Águas de Lindoia/SP, 2012.
- ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000.
- BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sergio Góes de. *Saúde e Previdência – Estudos de política social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.
- BRASIL. MINISTÉRIO DAS CIDADES. *Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos. Lei Nacional de Saneamento Básico*. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Brasília, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DAS CIDADES. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Programa de Modernização do Setor Saneamento (PMSS). *Lei Nacional de Saneamento Básico – perspectivas para as políticas e a gestão dos serviços públicos*. Coord. Berenice de Sousa Cordeiro. Brasília, 2009.
- BRASIL, MINISTÉRIO DAS CIDADES. Secretaria nacional de Saneamento Ambiental. PLANSAB, Plano Nacional de Saneamento Básico. Brasília, 2013.
- BRASIL, Flavia. Participação cidadã, espaços públicos e renovação nas políticas urbanas, dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, 2004.
- BRITTO, A.L.N.P.; LIMA, S.C.R.B.; HELLER, L.; CORDEIRO, B.S. da fragmentação à articulação A Política Nacional de Saneamento e seu Legado Histórico. R. B. estudos urbanos e regionais, v. 14 , n. 1, maio 2012.
- BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. IN: CZERINA, D. (org.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

- CORDEIRO, Berenice de Souza (coord.). *Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos*. Brasil. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Brasília, 2009.
- CORDEIRO, H.A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COSTA, André Monteiro. Saúde pública e saneamento: resistências e possibilidades intersetoriais no contexto da Lei Nacional do Saneamento Básico. In: CORDEIRO, Berenice de Souza, op cit. Volume 2.
- DONNANGELO, Maria C.F. *Medicina e sociedade (o médico e seu mercado de trabalho)*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ESCODA, Maria do Socorro Quirino. Avaliação de efetividade de ações de saneamento: análise de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 493-497, 2005.
- ESCOREL, Sarah. *Reviravolta na Saúde – origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. Interlúdio. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990. A BENCHIMOL, JL., coord. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1. Available from SciELO Books .
- GRAZIA, G. ; RODRIGUEZ, M.E.. Introdução. In: *FNRU – Fórum Nacional de Reforma Urbana. Instrumentos de democratização e gestão urbana*. n. 93. Brasil: PGU, 2001.
- HELLER, Léo. O papel da União na política de Saneamento Básico: entre o que se deve e o que se pode esperar. In: CORDEIRO, Berenice de Souza (coord.). *Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e gestão dos serviços públicos*. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Brasília, 2009.
- HELLER, Léo; CASTRO, José Esteban. Política pública de saneamento: apontamentos teórico-conceituais. *Eng. sanit. ambient.* Vol.12 - Nº 3 - jul/set 2007, 284-295.
- HELLER, Léo; REZENDE, Sonaly C.; CORDEIRO, Berenice de S.; BRITTO, Ana Lúcia. Políticas públicas de saneamento básico no Brasil: tensões entre o legado conservador e o avanço progressista. In: Menicucci, Telma; Gontijo, José Geraldo L. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo – tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016.
- HELLER, Léo; COLOSIMO, Enrico Antonio; ANTUNES, Carlos Mauricio de Figueiredo. Environmental sanitation conditions and health impact: a case-control study. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 36(1):41-50, jan-fev, 2003.
- HELLER, Léo. Relação entre saúde e saneamento na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3(2): 73-84, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. São Paulo: Editora Hucitec, ANPOCS, 1998.
- IBGE.SIDRA. Sistema de recuperação automática. Pesquisa Nacional de saneamento básico.
- KINGDON, John W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Segunda edição. Nova York, Harper Collins College Publishers, 1995.
- LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, N.T; Gerschman, S.; Edler, F.C.; Suárez, J.M. (orgs.) *Saúde e democracia – história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MENICUCCI, Telma M.G. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- _____. A relação entre o público-privado e o contexto federativo do SUS: uma análise institucional”. *Série Políticas Sociais*, Santiago, CEPAL, volume 196, jun, 2014.
- MENICUCCI, Telma M. G.; BRASIL, Flávia Duque. Construção de agendas e inovações institucionais: análise comparativa da reforma sanitária e da reforma urbana. *Estudos de Sociologia*, volume 15, n. 29, 369-396, 2010.
- MENICUCCI, Telma. Políticas públicas de lazer: questões analíticas e desafios políticos. In: Isayana, H; Linhales, M.A. *Sobre Lazer e política – maneiras de ver, maneiras de fazer*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- _____. O Programa Mais Médicos no âmbito da política de saúde do Brasil. In: Telles, Mara; Damasceno, Graziela (Org.). *Avaliação e Impactos do Programa Mais Médicos: quando novos atores entram em cena*. Belo Horizonte, Editora UFMG (no prelo).
- _____. *Federalismo e Política de Saúde na Argentina e no Brasil*. ALACIP. 9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política, GI 20: Políticas Públicas. Montevideu, 26 a 28 de julho de 2017.
- MENY, Yves; THOENIG, Jean-Claude. *Las políticas públicas*. Tradução espanhola de Francisco Morta. Barcelona: Editorial Ariel, 1992.

- MONTENEGRO, Marcos H. F. 2008. Prefácio à 2ª edição. Rezende, S.C; Heller, L. *O saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, 2ª edição revista e ampliada.
- MURTHA, Ney Albert; CASTRO, José Esteban; HELLER, Léo. Uma perspectiva histórica das primeiras políticas públicas de saneamento e de recursos hídricos no Brasil. *Ambiente & Sociedade*, São Paulo v. XVIII, n. 3 n p. 193-210 n jul.-set. 2015.
- OLIVEIRA, Ana Paula Barbosa Vitor. *As Mudanças na Política de Saneamento em Belo Horizonte no Período 1993 - 2004: Uma Análise a partir do Modelo de Coalizão de Defesa*. Tese doutorado. UFMG, 2011.
- OLIVEIRA, Jaime A. e TEIXEIRA, Sonia M. Fleury. *(IM) Previdência Social*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1986.
- OLIVEIRA, Sonia Maria M.C. de. *Mortalidade infantil e saneamento básico – ainda uma velha questão*. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu - MG –Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.
- ONUBR, Nações Unidas no Brasil. *Conheça os novos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU*. <https://nacoesunidas.org>; publicado em 25/09/2015, consulta em 30/09/2017.
- PIERSON, Paul. *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher, and the politics of retrenchment*: Cambridge University Press, 1994.
- PIRES, Irvando Mendonça. PLANASA – Avaliação dos resultados e perspectivas. X Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental (ABES). Manaus, janeiro de 1979.
- REZENDE, Sonaly Cristina; HELLER, Léo. *O saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008, 2ª edição revista e ampliada.
- REZENDE, Sonaly; HELLER, Léo; QUEIROZ, Ana Carolina Lanza. Água, saneamento e saúde no Brasil: interseções e desacordos. *Anuario de Estudios Americanos*, 66, 2, julio-diciembre, 57-80, Sevilla (España), 2009.
- RHODES, R.A.W. Policy network analysis. In: GOODIN. R.E.; REIN, M.; MORAN. M. (Edi.). *The Oxford handbook of Public Policy*. Oxford University Press, 2007.
- SABATIER, Paul A.; WEIBLE, Christopher. The Advocacy Coalition Framework. In: SABATIER, Paul A. (edit.). *The theories of the Policy Process*. Boulder/Colorado: Westview Press, 2007.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Editora Campos Ltda, 1979.
- SCHNEIDER, Volker. Pós-democracia ou complexa partilha de poder? Redes de políticas públicas na Alemanha. In: Menicucci, Telma; Gontijo, José Geraldo L. *Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo – tendências nacionais e internacionais*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2016.
- SENADO FEDERAL. Diário do Senado Federal. Atas da Comissão Mista de Saneamento, 14 de julho de 2006.
- SILVA, Priscila Neves. Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de pessoas em situação de rua. Tese doutorado. Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz. Belo Horizonte, 2017.
- SOUSA, Ana Cristina A. de; COSTA, Nilson do Rosário. Política de saneamento básico no Brasil: discussão de uma trajetória. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.615-634.
- TEIXEIRA, Júlio César; GOMES, Maria Helena Rodrigues; SOUZA, Janaina Azevedo. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros – estudo comparativo entre 2001 e 2006. *Eng Sanit Ambient* | v.16 n.2 | abr/jun 2011 | 197-204.
- _____. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32(6):419–25.
- TEIXEIRA, Júlio César; OLIVEIRA, Guilherme Soares de; VIALI, Amanda de Mello; MUNIZ, Samuel Soares. Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. *Eng Sanit Ambient* | v.19 n.1 | jan/mar 2014 | 87-96.
- TRUE; JONES; BAUMGARTNER. Explaining Stability and Change in Public Policymaking. In: SABATIER, Paul A. (edit.). *The theories of the Policy Process*. Boulder/Colorado: Westview Press, 2007.
- WEIR, Margaret. Ideas and the politics of bounded innovation. In: Steinno, S.; Thelen, K; Lonstreth, f. (Eds.). *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- WHO. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health (final report)*. Geneva:World Health Organization. 2008.

<http://www.esabrazilinfo.com.br/2013-09-09-13-11-31/fnsa;>

<http://www.confea.org.br/media/manifestofnsa.pdf;>

<https://www.abdib.org.br/quem-somos;>

http://abes-dn.org.br/?page_id=730;

<http://www.aesbe.org.br/conteudo/2;>

<http://abconsindcon.com.br/sobre-a-abcon/;>

<http://cbic.org.br/institucional/;>

<http://www.apeop.org.br/apeop/;>

<http://www.asfamas.org.br/>

Estudo Proposições para acelerar o avanço da política de saneamento no Brasil: Tendências atuais e visão dos agentes do setor

Ana Lucia Britto

| I- Introdução |

Este texto objetivou atender à demanda da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) por uma análise do estudo ‘Documento propositivo de política de saneamento no Brasil’”. Para tanto, foi feita uma retrospectiva da Política Nacional de Saneamento Básico a partir da composição da estrutura institucional atual, orientada pela criação do Ministério das Cidades. Os últimos dez anos receberam maior ênfase, avaliando-se a política pública dos governos do Partido dos Trabalhadores (PT) e o período atual. Buscou-se ainda captar as percepções dos diferentes atores do setor no que se refere à evolução da Política Nacional de Saneamento Básico (Plansab), seus gargalos e possíveis medidas a serem adotadas para alcançar a universalização.

A análise realizada traz os seguintes pressupostos:

- (i) O saneamento constitui uma política pública negligenciada no país. É necessário evidenciar essa negligência, suas implicações e a necessidade de uma agenda positiva para o setor;
- (ii) A orientação conservadora que atualmente predomina a política nacional, e que, provavelmente, permanecerá até 2018 traz impactos negativos para o setor;
- (iii) A retomada do saneamento básico como uma pauta prioritária do país requer medidas coerentes e que sejam capazes de produzir os melhores resultados para a sociedade;
- (iv) A formulação dessa política não está dada e nem sequer as diferentes opções são equivalentes ou neutras.

Observou-se também a existência de um acúmulo de propostas vindas dos movimentos sociais e da academia, e ainda que o Plansab traz uma adequada articulação entre elas. Por outro lado, o atual governo federal e alguns atores-chave do setor apontam outros caminhos, como, por exemplo, a privatização, que podem levar a retrocessos nos resultados já alcançados com a política pública adotada nos últimos anos.

Este texto está organizado em cinco partes. A primeira trata dos caminhos da universalização, partindo do exemplo de países que conseguiram alcançá-la. O objetivo é destacar aspectos cruciais na promoção da universalização. Não se tem aqui a intenção de obter lições, somente indicar pistas que podem ser pontos de partida de uma reflexão sobre os impasses na universalização dos serviços no Brasil.

A segunda parte aborda a Política Nacional de Saneamento, tendo como marco temporal o intervalo que compreende o primeiro governo do PT até o impeachment de Dilma Rousseff. A primeira seção do bloco traz o marco metodológico que orienta a análise da Plansab no referido período. Já a segunda seção apresenta a política pública no primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva, de 2003 a 2006, quando foram criadas as bases para a Política Nacional de Saneamento Básico hoje em vigor. A terceira seção abarca uma análise do período compreendido entre 2007 e 2016, englobando o segundo mandato do presidente Lula e os dois

mandatos da presidente Dilma Rousseff, sendo que o segundo mandato dela pode ser considerado um momento de paralisação da política, em função dos problemas enfrentados pelo governo, que culminaram no processo de impeachment em agosto de 2016.

Pode-se dizer que foram notáveis os avanços em termos de organização institucional e de ampliação de investimentos no período de 2003 a 2014 - em especial no segundo governo Lula (2007 à 2010) e no primeiro governo Dilma (2011 à 2014). No entanto, em 13 anos de governos do PT não se pode dizer que a Plansab foi uma política prioritária. Além disso, a mesma foi profundamente afetada pelas contradições dos processos políticos e econômicos, fazendo com que ela oscilasse entre a promoção do saneamento básico como direito e a construção do saneamento básico como negócio.

A terceira parte deste texto aborda as propostas colocadas em pauta pelo governo do presidente Michel Temer. Mesmo sendo um período curto e ainda em andamento, o que dificulta a análise, observa-se que estão sendo propostas modificações que colocam em risco os ganhos do período anterior. Verifica-se ainda uma política pública de saneamento marcada pela orientação conservadora que hoje predomina na política nacional, e a radicalização da visão do saneamento básico como negócio.

A quarta parte do documento apresenta uma caracterização dos principais atores do setor saneamento e identifica suas propostas para superar impasses e caminhar no sentido da universalização do acesso ao saneamento básico.

A quinta e última parte do texto dialoga com as propostas dos atores e com a Plansab, no sentido de formular proposições para uma política brasileira pautada na visão de saneamento básico como direito social.

2- Os caminhos da universalização do acesso ao saneamento básico nos países do Norte e as questões atuais

Esta parte do texto visa analisar as políticas públicas implementadas para a universalização do acesso ao saneamento básico em países da Europa e nos Estados Unidos. O objetivo é destacar aspectos cruciais na promoção da universalização e fazer uma reflexão sobre seus impasses. A questão colocada por Barraqué (2005) no texto *Água (e gás) em todos os andares: como os europeus conseguiram, e como o Terceiro Mundo poderia tê-lo*, assim como parte da hipótese avançada para respondê-la: 'a ausência de políticas locais de bem-estar social que impedem a universalização dos serviços públicos no Terceiro Mundo' parecem bastante pertinentes.

Para tanto, propõe-se aqui uma recuperação muito breve do processo de universalização a partir da periodização estabelecida por Swyngedouw, Kaïka e Castro (2016). Esses autores, assim como outros do campo da ecologia política crítica, assumem que a estrutura atual do acesso a recursos e serviços públicos, como o abastecimento de água e esgotamento sanitário, têm raízes históricas (SWYNGEDOW, 2004; PFLIEGER; MATTHIUESSENT, 2008; OTERO et al., 2011).

Adotando a perspectiva supracitada, a organização dos sistemas urbanos de abastecimento de água pode, de forma geral, ser dividida em quatro períodos. O primeiro vai até a segunda metade do século XIX, quando a maioria desses sistemas consistia de empresas privadas relativamente pequenas para o fornecimento de água a uma parcela restrita da população. A qualidade da mesma era variável, resultando em um padrão de abastecimento altamente estratificado, com a atuação das empresas visando essencialmente à geração de lucros para seus investidores.

O segundo período é marcado por um processo de municipalização dos serviços promovido em especial pela preocupação gerada pela deterioração das condições ambientais e aumento das exigências de salubridade

urbana. Nessa fase, segundo os autores, a rentabilidade é uma preocupação secundária, tendo em vista que se pode contar com subsídios oriundos da receita gerada por impostos públicos (seja no governo local seja no nacional) e que os sistemas de abastecimento de água tendem a se consolidar, expandindo a cobertura doméstica integrada a um sistema de esgotamento sanitário com disposição final, mesmo que sem tratamento.

O terceiro período inicia-se após a I Guerra Mundial, quando os setores de saneamento, eletricidade e telecomunicações tornam-se parte de uma preocupação crescente. Os Estados Nacionais passam a ter um papel central na regulação, controle e investimentos no contexto de uma política econômica e social fordista-keynesiana. Estrutura-se nos países do Norte (considerando aqui os países capitalistas da Europa Ocidental e da América do Norte) um modelo de Estado de Bem-Estar Social que busca, ao mesmo tempo, assegurar as condições de reprodução do capital e da força de trabalho, garantindo investimentos e organizando a gestão dos meios de consumo coletivos, entre os quais os sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Os investimentos dos governos centrais para a melhoria desses serviços se ampliam, tornando-se essenciais para a construção de serviços universais.

Consolida-se a visão dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário como serviços públicos, ou seja, no qual o planejamento, o investimento e a gestão estão sob controle do Estado, constituindo o que J. Chevalier chama de “mito legitimante”. Isto é, eles esculpem a imagem de um Estado preocupado com o bem-estar dos cidadãos – o *Welfare State* ou Estado de Bem-Estar Social. Os serviços públicos são, portanto, um dos elementos constitutivos deste Estado de Bem-Estar Social e de acesso a ele, um componente central da cidadania. O Estado deve garantir que os serviços públicos funcionem de acordo com os princípios de continuidade, igualdade, e mutabilidade, quer dizer, que funcionem sem interrupções, sejam acessíveis de forma igual ao conjunto dos cidadãos, e evoluam qualitativa e quantitativamente segundo as necessidades dos usuários/cidadãos (CHEVALIER, 1987).

Um projeto de universalização do acesso aos serviços nos países do Norte com massivos investimentos públicos inicia-se e concretiza-se nesse período, junto com a consolidação do *Welfare State*. Coing (1992) destaca nesse momento a constituição de quatro processos históricos que estão estritamente inter-relacionados: o desenvolvimento do consumo coletivo e, portanto, os meios de consumo coletivo (MCC); a socialização das despesas de investimento e/ou consumo desses MCC; a intervenção do Estado nesse campo; e o desenvolvimento de órgãos de gestão pública para esses MCC.

O quadro a seguir mostra a situação dos serviços de abastecimento de água e coleta de esgotos na década de 1990 em países da Europa e da América do Norte, com base em Barraqué, 1995; Pato, 2011; Schmitd e Pato 2011, Melosi, 2011:

Quadro I: Situação dos serviços de abastecimento de água e coleta de esgotos na década de 1990

País	Abastecimento de água		Coleta de esgotos		Ano
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	
Alemanha	100%	100%	97%	93%	1990
Espanha	100%	100%	100%	99,8%	1990
Portugal	82%		61%		1994
Inglaterra	100%	100%	100%	100%	1990
Estados Unidos	100%	100%	100%	100%	1990

Fonte: elaboração própria com base em Barraqué, 1995; Pato, 2011; Schmitd e Pato 2011, Melosi, 2011

Barraqué (2011) considera que a universalização do acesso ao mundo rural na Europa foi mais tardia. No caso da França, em 1995, ou seja, 22 anos atrás, a população urbana já estava totalmente abastecida com água potável; sendo o atendimento à população rural de 98,5%. Com relação ao esgotamento, 81% da população estava conectada a um sistema de coleta de esgotamento sanitário (rede coletora ou sistemas individuais), sendo 90% das águas residuais encaminhadas para uma estação de tratamento. Observa-se, contudo, que, com exceção de Portugal, as diferenças entre acesso urbano e rural não eram muito significativas. Portugal, cujos dados estão indicados na tabela anterior, teve um processo de universalização mais lento que os outros países da Europa, sendo beneficiado pelo aporte de recursos da União Europeia a partir dos anos 1990 e de uma reforma estrutural na gestão dos serviços (PATO, 2011; SCHMITD; PATO, 2011).

A universalização se fez a partir de modelos de gestão diferenciados nos diversos países. Na França, os serviços de titularidade municipal - apesar de historicamente o modelo de delegação à iniciativa privada ser dominante -, e o tipo de contrato de delegação designado *affermage* são feitos na base de investimentos públicos: o município financia a implantação dos sistemas, no entanto, delega a operação a uma empresa privada, que cobra as tarifas diretamente dos usuários; com isso, parte do produto das tarifas de água retorna à municipalidade para cobrir seus custos de investimento.

Na Alemanha, os municípios são responsáveis pela distribuição de água e pelo esgotamento sanitário. Cada município tem o poder de decidir seu próprio modelo de gestão, seja diretamente pelo governo local, como um Serviço de Água e Esgoto (SAE), ou por empresas públicas municipais autônomas, empresas municipais de direito privado ou ainda por delegação a uma empresa privada. Nas áreas rurais, os municípios optaram, muitas vezes, por um modelo de gestão intermunicipal, em que o consórcio se organiza para essa competência específica (SINTOMER; HERZBERG; HOUDRET, 2010). A universalização do acesso se fez também com base em investimentos públicos. Muitos municípios optaram por criar empresas públicas municipais multisserviços denominadas *Stadtwerke*, que fazem a gestão de diferentes serviços urbanos (eletricidade, gás, abastecimento de água, esgotamento sanitário, aquecimento doméstico e, às vezes, transportes públicos). O *Stadtwerke* pode abrir-se à capital privado, sendo que o município deve reter pelo menos 50% das ações da empresa, mantendo, assim, a administração pública de acordo com o direito privado (BARRAQUÉ et al., 2011). Em 1990, apenas 3% dos serviços eram prestados por empresas de capital exclusivamente privado (GUERIN-SCNEIDER; GRAND'ESNON, 2002).

A análise da situação dos serviços públicos de abastecimento de água na Alemanha em 2005 aponta que, mesmo que a estrutura jurídica dos serviços municipais tenha passado do direito público para o direito privado, os municípios continuaram a ser proprietários das novas empresas de direito privado, sendo detentores da maioria das ações. Essas mudanças de abertura de capital de empresas públicas municipais de saneamento na Alemanha se deram em contexto de serviços universalizados, o que é claramente diferente do contexto brasileiro.

Nauman e Weiss (2011) chamam atenção para um problema na Alemanha Ocidental de diminuição do consumo, causando redução do valor arrecadado com as tarifas e dificuldade em manter os sistemas, ocorrido nas designadas *shrinking cities*, cidades densas, que sofreram uma notória perda de população. A emigração é uma causa desse "encolhimento" das cidades. Uma vez que a infraestrutura de abastecimento de água e de esgotamento sanitário foi construída para suportar uma população maior, sua manutenção pode se tornar um problema.

Esse processo na Alemanha situa-se no âmbito do que Swyngedouw, Kaïka e Castro (2016) indicam como uma fase no período da gestão dos serviços, associada à transição para um modelo econômico pós-fordista ou de formas mais flexíveis de desenvolvimento econômico e de liderança do Estado. Essa fase é marcada por uma mudança nas relações entre o setor público e o setor privado no campo do abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

A crise econômica levou a crescentes dificuldades orçamentárias para os governos nacionais (e muitas vezes também para as autoridades locais), resultando na redução de despesas com serviços públicos componentes do que foi designado Estado de Bem-Estar Social, incluindo os serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, preterindo-se investimentos subsidiados na área de água, e sendo privilegiados investimentos para apoiar setores industriais endividados.

Essa fase, como assinala Coing (1992), traz mutações na forma de organização dos serviços. Segundo o autor, são precisamente as formas de articulação entre as quatro dimensões acima citadas (consumo coletivo, socialização das despesas de investimento, intervenção do Estado e formas de prestação e regulação) que se transformam.

Nos países europeus, essa fase se caracteriza por um envelhecimento das infraestruturas que permitiram a universalização, o que, combinado com uma demanda ainda crescente por água, gerou uma forte pressão sobre os orçamentos públicos. O problema é duplo: renovar a infraestrutura e atender às novas demandas. Surgem, então, soluções apoiadas no recurso ao capital privado como forma de enfrentar a crise do modelo fordista.

O primeiro país europeu a adotar essa lógica foi a Grã-Bretanha. No final dos anos 1980 os serviços eram majoritariamente públicos e organizados em Autoridades Regionais de Água – *Regional Water Authorities (RWA)* na sigla em inglês. Todavia, existiam, dezesseis empresas privadas de água e esgoto, dez delas concentravam-se na Inglaterra e no País de Gales, as quais permaneceram propriedade privada desde o século XIX. Em 1989, o governo Thatcher, por meio da venda de ativos, privatizou as dez RWA públicas na Inglaterra e no País de Gales. Essa reforma fez parte de um movimento muito mais amplo para privatizar os serviços públicos. Com uma inspiração fortemente liberal, o governo decidiu repassar os serviços públicos de eletricidade, gás, trens e telecomunicações para operadores privados. Com isso, o braço regulatório das RWA, incluindo o controle da poluição e o gerenciamento de recursos hídricos, foi transferido para o recém-criado *National Rivers Authority*. Ao mesmo tempo, a agência de regulação econômica *Ofwat* foi formulada seguindo o modelo de agências de infraestrutura criadas em outros setores, como telecomunicações e energia. Na Escócia e na Irlanda do Norte os serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário permaneceram propriedade pública. A privatização foi objeto de diferentes análises, envolvendo tanto estudos acadêmicos como de organismos internacionais que acompanham esse processo nos serviços públicos. Os resultados são objetos de amplas discussões. As críticas à privatização indicam que as tarifas aumentaram 46% em termos reais durante os primeiros nove anos, os lucros operacionais mais do que duplicaram (142%) em oito anos, os investimentos foram reduzidos e a saúde pública foi prejudicada por cortes de pagamento. Os usuários sem capacidade de pagamento foram obrigados a reduzir o consumo a níveis que poderiam comprometer a saúde pública. No entanto, a partir de 1998, tanto o corte como os medidores de pré-pagamento foram considerados ilegais. Os argumentos a favor da privatização apresentados pelo *Ofwat* envolveram, sobretudo, questões de performance. De acordo com esses dados, a qualidade e a eficiência do serviço melhoraram desde o início da década de 1990 até o ano de 2010 nos seguintes aspectos: qualidade da água potável, diminuição das interrupções no abastecimento, diminuição das perdas por vazamentos e melhoria na qualidade do tratamento das águas residuárias. Contudo, destaca-se que a privatização se deu em um contexto de serviços universalizados; ela não foi o caminho adotado para a universalização. Barraqué et al. (2011) destaca que os usuários foram excluídos do processo de regulação/controlado desses serviços por meio da retirada de seus representantes das organizações instituídas pela privatização.

Nos outros países da Europa, ao longo dos anos de 1990 e no início dos anos 2000, mesmo após a adoção da Diretiva Quadro Europeia, os modelos de prestação existentes apresentaram uma certa estabilidade. O processo de ampliação da participação privada na prestação dos serviços não ocorreu de forma rápida. A participação privada no abastecimento público era apenas residual, concentrada na França, Inglaterra, e em parte da Espanha.

Nos Estados Unidos, os serviços permaneceram majoritariamente (85%) administrados pelos municípios como serviços públicos, sendo apenas 15% delegados às empresas privadas - sobretudo corporações americanas, mas também grandes grupos internacionais, como *Suez* e *Veolia* estavam presentes, respectivamente, com a *United Water* e *Veolia Water North America*.

Em 2001, no intuito de ampliar esse processo, o Banco Mundial apontava a prestação/concessão privada como um caminho necessário para a modernização dos sistemas nos países do Norte, assim como para a ampliação do acesso/universalização nos países do Sul. Destaca-se que as empresas transnacionais de água e esgoto constituíam-se em grupos fortíssimos de pressão junto aos órgãos de poder supranacionais, sobretudo os financeiros, como os bancos multilaterais, o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Comunidade Europeia.

Na Europa, em um contexto fortemente marcado por uma gestão municipal com grande autonomia, os municípios de diferentes países eram vistos como um mercado potencial para as empresas maiores do setor, que deixavam as fronteiras de seus países de origem e se reestruturavam para atuar em um mercado internacional. Swyngedouw, Kaïka e Castro (2016) ressaltam as características desse processo associadas a uma peculiaridade macroeconômica: a desterritorialização dos mercados financeiros. No setor saneamento, esse processo é marcado pela ampliação da participação privada na prestação dos serviços; e o desenvolvimento de uma gestão orientada por uma lógica de negócios ou de mercado em sintonia com estratégias de geração de lucro privado. Os investidores começaram a explorar novos mercados para o investimento de capital e “a água surge como uma possível nova fronteira a ser explorada, com o forte potencial de transformar H₂O em dinheiro e ganhos privados” (SWYNGEDOUW; KAÏKA; CASTRO, 2016, p.17).

Esse processo se integra a um modo de desenvolvimento do capitalismo marcado pela desregulação financeira, e pela revolução da informática, que introduziu mudanças nas organizações da produção, do consumo, na definição de necessidades e exigências totalmente novas, e a diminuição notável do custo e tempo de transportes e mercadorias (HARVEY, 1998). As empresas de saneamento básico tornaram-se parte de empresas globais, com base em locais diversos, ou de conglomerados multisserviços, igualmente globais.

Observaram-se, assim, investidas do setor privado para conquistar mercados em municípios que já tinham seus serviços universalizados.

O efeito combinado dos processos e dinâmicas descritos provocou uma mudança relativamente radical (com diferentes graus de intensidade em diferentes países) tanto na prática como no nível ideológico/discursivo. Os serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, convencionalmente dirigidos e controlados pelo estado, tiveram que entrar em sintonia com as forças do mercado globalizado e com os imperativos de uma economia privatizada e competitiva (KALLIS; COCCOSSIS, 2001, *apud* SWYNGEDOUW; KAÏKA; CASTRO, 2016).

Um claro exemplo desse problema foi o que ocorreu na Irlanda. Os serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário do citado país são regidos, principalmente, pelos Atos de Serviços de Água de 2007 a 2014 e regulados pela Comissão de Regulação Energética. Até 2015, a legislação pertinente previa a prestação de serviços públicos de água e esgoto pelas autoridades locais para uso doméstico, financiado indiretamente por meio de impostos arrecadados pelo governo nacional, e uso não doméstico financiado por meio de taxas de autoridades locais. É importante destacar que na Irlanda, onde a precipitação pluviométrica é elevada e a densidade populacional é baixa, os serviços públicos são parciais: para 4,58 milhões de habitantes espalhados em 70 mil quilômetros quadrados, existem apenas 22 mil quilômetros de extensão de rede de distribuição de água, o que corresponderia a 5 quilômetros de rede por mil habitantes. A título de comparação, na França, para cada mil habitantes existem 15 quilômetros de rede de distribuição de água. Uma grande parte da população irlandesa não era atendida pelas redes públicas de serviços de abastecimento. Além das

pessoas que utilizavam poços, 8% da população era abastecida de água proveniente de estruturas coletivas, chamadas *Group Water Schemes (GWS)*. O número de associados varia de 2 a 1.500 famílias que juntam-se para estabelecer seu próprio fornecimento comum de água. Na maioria dos casos, eles atendem principalmente aos usuários domésticos e agricultores. O grupo elege curadores designados para agir em nome de seus membros em todas as negociações com a autoridade local. Geralmente, os *Group Water Schemes* são estabelecidos em áreas onde o governo local não pretende instalar um sistema de abastecimento de água em longo prazo. Os *GWS* podem obter a água para seu sistema comum de abastecimento das redes públicas, caso possível, ou de uma fonte privada, como poços ou lagos. Os membros dessas estruturas coletivas pagam pela água, sendo que as autoridades locais fornecem subsídios para cada casa associada. Esse subsídio corresponde a um volume básico gratuito, que é suficientemente elevado para garantir a satisfação das necessidades dos usuários. Se os membros de um *Group Water Scheme* decidem repassar o funcionamento do sistema para o governo local, os mesmos devem assinar um termo de renúncia para, assim, permitir que o pessoal dos serviços públicos municipais assumam a manutenção das redes. No entanto, se o *GWS* permanece autônomo, pode obter assistência técnica e apoio financeiro do governo local para as obras de renovação que forem necessárias¹. Segundo Barraqué et al (2011), os *Group Water Schemes*, oferecem preços, em média, 35% abaixo do serviço público, o que faz com que a opção de repasse ao governo local não seja interessante. Pode-se identificar nesse modelo uma lógica de *commons* para serviços públicos urbanos que vem se difundindo na Europa.

Em função de pressões da União Europeia (UE), o modo de gestão dos serviços na Irlanda passou recentemente por transformações. De fato, no contexto da crise econômica e financeira da Europa, o aumento da participação privada na prestação dos serviços é promovido pela UE como um meio de equilibrar os orçamentos e financiar os serviços públicos de abastecimento de água em um contexto de baixa disponibilidade de recursos.

Uma lei de 2015 previu a instalação de uma empresa de serviços públicos, a *Irish Water Company*, que seria a responsável pelo fornecimento de água e coleta de esgoto, sendo que esses seriam financiados por meio de cobrança direta de tarifas. A transição entre o modelo anterior e o vigente e certos aspectos da operação da nova empresa causou inúmeras controvérsias, o que mostra as dificuldades de modificar uma cultura de serviço público instalada e o descompasso entre o governo e os usuários. Esses entendem que se deve pagar pela água, mas que o pagamento pode ser feito pelos impostos locais, assim como outros serviços públicos, como escolas e hospitais. Para eles, o pagamento exclusivo da água por medidores individuais é uma mercantilização inaceitável. A resposta da *Irish Water Company* é que agora a água deve ser considerada um recurso, assim como o petróleo e o gás, e requer financiamento e investimento substanciais para assegurar seu uso racional. Essa questão refere-se ao fato de que a Irlanda perde quase 50 milhões de litros de água em vazamentos todos os dias, problema tal que alimentou novas controvérsias de ambos os lados. A *Irish Water Company* considera que é necessário o financiamento adicional para reparos e substituição das canalizações. Já o movimento contra a companhia (*Right2Water*) entende que a empresa não gastou o suficiente nesta questão, direcionando um maior volume de orçamento a campanhas publicitárias e consultorias.

Analisando o processo de mudança recente na gestão dos serviços públicos de abastecimento de água na Irlanda, Bresnihan (2015) mostra que a *Irish Water Company* é uma subsidiária da *Bord Gáis Energy*, responsável pela provisão dos serviços de gás e eletricidade no país. Desde meados de 2014, a *Bord Gáis Energy* também faz parte do grupo global *Centrica* – uma multinacional britânica de serviços públicos que tem como principal atividade o fornecimento de eletricidade e gás para empresas e consumidores do Reino Unido, República da Irlanda e América do Norte. Segundo Bresnihan (2015), o governo irlandês considera que essas reformas são uma resposta necessária a dois desafios: o envelhecimento das infraestruturas de água e os

¹ http://www.citizensinformation.ie/en/environment/water_services/water_supply.html

desafios fiscais enfrentados pelo governo irlandês. O autor mostra como a convergência dessas demandas socioambientais e financeiras está provocando novos avanços na neoliberalização dos serviços públicos de abastecimento de água.

Por outro lado, Swyngedouw, Kaïka e Castro (2016) consideram que o processo não ocorre sem resistência; em regimes democráticos, movimentos sociais e sindicais colocaram barreiras a essas mudanças. Particularmente, em contextos em que grupos da sociedade civil mobilizados por questões ambientais tornaram-se mais visíveis e influentes, os sistemas de governança tinham que se tornar-se mais sensíveis a essas questões. Surgem no contexto internacional diversos movimentos em favor da gestão pública, produzindo análises e apoiando municípios que não optaram pela concessão privada. Estudo realizado por Kishimoto, Lobina e Petitjean (2015) identificou, de 2000 até março de 2015, 235 remunicipalizações em 37 diferentes países, a maioria delas em localidades com rendimentos elevados. Dos países estudados, a França, com 94 casos, e os Estados Unidos, com 58 ocorrências, representam a grande maioria dos casos identificados.

Nos Estados Unidos, apesar dos esforços das empresas privadas para entrarem no setor, os serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário são essencialmente públicos, tendo apenas 6% dos municípios com prestação de serviços por empresas privadas com fins lucrativos. Desde 2000, a remunicipalização envolveu 169 contratos. É um número significativo em relação a um contrato de gestão privada de água, se for levado em consideração que as quatro mais importantes empresas privadas do setor, que detém cerca de 70% do mercado americano, tinham, em 2013, contratos com 760 municípios (GRANT, 2015).

O que se pode apreender dos processos de construção de serviços universais? Um primeiro ponto central é que esse processo se deu em um contexto de crescimento econômico, conjuntamente com a construção do *Welfare State*. Estavam dadas as condições para a realização de investimentos públicos massivos para viabilizar a universalização. Não foi, portanto, o capital privado o promotor da universalização.

O outro aspecto central é que esses países também estabeleceram um enquadramento institucional e normativo sólido que está na base dos diferentes modelos de gestão de serviços. Os diferentes tipos de prestação se enquadram às normas em que existe um controle público e da sociedade sobre a prestação de serviços. Eles são orientados, em sua maioria, por uma visão consolidada de saneamento como direito, a qual cabe ao poder público garantir, independentemente do avanço dos interesses mercantis oriundos do setor privado.

Observa-se ainda que ao longo do tempo as diferentes instituições públicas vinculadas à prestação dos serviços, inseridas no contexto de administrações locais ou regionais, construíram e consolidaram sua capacidade técnica, o que as coloca em pé de igualdade em termos de performance com as empresas privadas.

3- Contexto nacional: a política pública de saneamento básico nos governos do PT – avanços e impasses

3.1- Os caminhos metodológicos da análise

A base teórico-metodológica aqui adotada para a análise da política pública de saneamento básico entre 2007 e 2016 é a perspectiva conhecida como *policy analysis*. Discutindo a relevância dessa perspectiva para o entendimento das estruturas políticas, legais e institucionais que caracterizam o setor saneamento, Mulas (2009) destaca a política pública de saneamento - entendida aqui como a política que trata dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário -, não apenas na dimensão da materialidade, mas como processo de tomada de decisão, visando alcançar objetivos para uma determinada sociedade (COCHRAN; MALOE,

1995, *apud* MULAS, 2009). O mesmo autor afirma que a política pública de saneamento, indo além da sua materialidade expressa em programas e ações, regulam comportamentos, organizam burocracias, distribuem benefícios sociais, coletam impostos (MULAS, 2009).

A discussão dos caminhos metodológicos da *policy analysis* tem como uma importante referência o trabalho de Frey (2000). Esse autor situa as três dimensões analíticas da *policy analysis* aqui adotadas para observação da política pública de saneamento básico: a dimensão institucional (*polity*) se refere à ordem delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo; a dimensão processual (*politics*) concerne ao processo político, frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição; a dimensão material (*policy*) que refere-se aos conteúdos concretos da política pública, isto é, à configuração de programas, e aos problemas técnicos e de conteúdo material das decisões políticas (FREY, 2000).

Frey (2000) ressalta que as três dimensões estão imbricadas, assim como assinala as limitações teórico-conceituais de uma *policy analysis* que se restringe a uma análise dos conteúdos da política, ou seja, da sua dimensão material, evidenciando a importância de serem consideradas tanto a dimensão institucional como a dimensão processual das políticas públicas. Esse aspecto, salientado por Frey (2000), é central para a análise das políticas públicas de saneamento básico. Na maioria dos casos, as análises dessa política pública estão ancoradas na dimensão material dos programas e de seus resultados objetivos, e pouco afeitas a um exame da dimensão política, que está por trás da definição e implementação de programas, projetos e ações.

Segundo Frey (2000), é inegável a influência da dimensão política (disputas políticas e as relações de força) sobre a dimensão material da política pública e a interdependência entre processos políticos (dimensão da política e do conflito) e os resultados objetivos das mesmas. Os programas são, portanto, resultado de um processo político intermediado por estruturas institucionais que refletem constelações específicas de interesse, podendo ser denominadas coalizões. As pressões dos grupos de interesses podem, dessa maneira, levar à revisão de programas e projetos.

Dar conta dessa dimensão política é, por conseguinte, um desafio para a análise da política pública de saneamento básico nas suas diferentes escalas e formas. Os caminhos metodológicos para tratar essa dimensão passam pelo que Frey (2000) considera a análise dos estilos políticos. Entende-se que, para empreender essa análise, é preciso situar o saneamento básico como campo político, no qual confrontam-se atores com diferentes interesses e estilos políticos. Seguindo o caminho apontado pelo já citado autor, uma análise desse campo político pode ser baseada na investigação da vida interna dos processos político-administrativos, tendo como finalidade as atitudes e os objetivos dos atores políticos, os instrumentos de ação e as estratégias políticas utilizadas.

No campo que tem como objeto de estudo as atitudes e propósitos dos atores políticos, agrega-se à revisão da literatura textos que tratam das coalizões de políticas públicas, entendendo as mesmas como agrupamentos entre os atores que partilham os mesmos objetivos e que orientam e influenciam as políticas públicas. Essa literatura trata também das oposições entre esses agrupamentos. Sabatier e Jenkins-Smith (1993), fundadores da abordagem da *Advocacy Coalition Framework (ACF)*, defendem que crenças, valores e ideias compartilhados por determinados grupos são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas.

Um grupo constitui-se em torno de uma questão política que define a base para a mobilização dos atores. Mais claramente: uma questão é um assunto de política que exige uma decisão em torno da qual os atores advogam uma solução ou outra, como, por exemplo, a forma de participação privada na prestação dos serviços públicos de saneamento básico; a definição sobre a titularidade dos serviços em regiões metropolitanas, como outro exemplo; a vinculação do acesso a financiamentos públicos às instâncias de controle social da

política; e o caráter dessas instâncias, se deliberativo ou consultivo. Os membros de uma coalizão podem se mobilizar defendendo ideias, fazendo *lobby* ou até mesmo promovendo uma ideia política, geralmente relacionada a um tipo específico de visão ou de instrumentos de política.

A formulação de políticas públicas é, nessa perspectiva, uma esfera de conflitos e pode-se analisá-los por meio das relações de poder entre os membros das coalizões, e também por seus atributos sociais. Os resultados de uma política pública estão, portanto, relacionados às estruturas da coalizão.

Avançando na discussão da *policy analysis*, e na busca por entender a estrutura das políticas públicas, pode-se caracterizar as políticas públicas em quatro tipos: (i) redistributivas; (ii) distributivas; (iii) regulatórias; e ainda, na perspectiva de Frey, (iv) políticas estruturadoras ou constitutivas (FREY, 2000).

Segundo Frey (2000), políticas distributivas são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos; elas parecem distribuir vantagens e não acarretar custos, pelo menos diretamente perceptíveis para outros grupos. Já as políticas redistributivas, ao contrário, são orientadas para o conflito. O objetivo é o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade (WINDHOFF-HÉRITIER, 1987 *apud* FREY, 2000). O processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos. Garantidas por programas governamentais e/ou por projetos de lei, as políticas redistributivas dependem do perfil político do governo, mas também da esfera de conflitos e das lutas por meio das relações de poder entre os membros das coligações. De acordo com Azevedo (2003), o financiamento de políticas redistributivas pode ser garantido por meio de recursos orçamentários, compostos majoritariamente de contribuição dos estratos de média e alta renda. Um exemplo desse tipo de política é a realocação de recursos orçamentários para os setores mais pobres da população por meio de programas sociais, tais como programas habitacionais, de regularização fundiária, educação infantil, programa de médico de família, de renda mínima, entre outros (AZEVEDO, 2003).

As políticas regulatórias são normativas e envolvem ordens, decretos, portarias, proibições, determinações. Podem atender a interesses particulares ou podem levar benefícios ao conjunto da sociedade. Visam regular determinado setor, ou seja, criar normas para o funcionamento dos serviços e a implementação de equipamentos urbanos. Elas permitem regular (normatizar) a aplicação de políticas redistributivas e distributivas, como, por exemplo, a Lei Nacional de Saneamento Básico, nº 11.445/2007 e seu Decreto Regulamentador nº 7.217/2010. As políticas regulatórias têm efeitos de longo prazo e, em geral, não trazem benefícios imediatos, já que precisam ser implementadas. Em geral, os cidadãos só percebem a existência desse tipo de política quando se sentem prejudicados. A dificuldade de conhecimento e entendimento das políticas regulatórias não está apenas ligada à sua linguagem (na forma de lei), mas também ao fato de os cidadãos não conseguirem articular essas políticas com o seu cotidiano concreto. Segundo Frey (2000), os custos e benefícios das políticas regulatórias podem ser distribuídos de forma igual e equilibrada entre os grupos e setores da sociedade, do mesmo modo como as políticas também podem atender a interesses particulares e restritos. Os processos de conflito, de consenso e de coalizão podem se modificar conforme a configuração específica das políticas.

Para Frey (2000), existem ainda as políticas estruturadoras ou constitutivas, que são modificadoras de preceitos; elas determinam as regras do jogo e, com isso, a estrutura dos processos e conflitos políticos. Referem-se, portanto, à criação e modelação de novas instituições, à modificação do sistema de governo (FREY, 2000). Pode-se lançar a hipótese que a estrutura pensada para as políticas urbanas no primeiro governo Lula, incluindo o Ministério das Cidades, as Conferências das Cidades, o Conselho Nacional das Cidades, e a perspectiva de criação de fundos, seria uma política estruturadora.

Essa breve revisão de literatura aponta para o fato de que cada tipo de política pública gera uma configuração de pontos de vetos e de apoios diferentes, processando-se, portanto, dentro do sistema político de forma distinta.

No texto ora apresentado partiu-se da hipótese de que, no setor saneamento, a criação da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, as Conferências das Cidades, a Lei nº 11.445/2007 (que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico), assim como os instrumentos de política pública por ela estabelecidos, inclusive o Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), teriam o potencial de tornar-se o que Frey (2000) define como uma política regulatória e estruturadora.

Contudo, uma política estruturadora de saneamento básico, que teria sido gestada no primeiro governo Lula, pautada em uma concepção de saneamento básico como direito social, tendo como instrumento central a Lei nº 11.445/2007 – política regulatória que fundamenta as modificações estruturais no setor -, não se realizou efetivamente.

Questionando as causas dessa não realização, é possível avançar que elas são consequência do processo político, das disputas e coalizões que se estabelecem entre os atores do setor saneamento. Essas disputas e coalizões se estabelecem nas diferentes escalas, definidas aqui com político-administrativas (União, estados e municípios). Contudo, o foco da análise ora apresentada é a escala da União, ou a política pública formulada pelo governo federal.

Se o processo político é considerado determinante, é igualmente importante considerar outros processos que Heller e Castro (2007, p.285) definem como condicionantes sistêmicos, isto é, “processos políticos e econômicos, mas também importantes fatores culturais - como a cultura política dominante - que podem facilitar ou dificultar a adoção de políticas públicas particulares”.

É esse movimento do processo político econômico no nível nacional que orienta a análise apresentada a seguir, a qual foca na política federal de saneamento básico, no período pós-promulgação da Lei nº 11.445, de janeiro de 2007 a agosto de 2016, quando assume-se que existiu uma política de saneamento básico construída pela administração do PT. No entanto, essa política foi marcada pelas contradições dos processos políticos e econômicos, fazendo com que se oscilasse entre a promoção do saneamento básico como direito e a construção do saneamento básico como negócio.

3.2- O primeiro governo Lula: de 2003 a 2006: criando as bases para a Política Nacional de Saneamento Básico

Como assinalado no volume 4 do estudo *Panorama do Saneamento Básico no Brasil* (BRITTO, 2014), na dimensão da “*politics*”, o primeiro governo do Presidente Lula (2003-2006) representou uma inflexão progressista, incorporando algumas das principais propostas elaboradas pela Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental (FNSA). Dentre essas, destaca-se a criação da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA), no contexto do Ministério das Cidades (MCidades), então sob a gestão de Olívio Dutra, tornando-se o seu primeiro secretário o então coordenador da FNSA, Aberlardo de Oliveira. “A criação da SNSA pode ser considerada emblemática porque proveu o setor de um endereço institucional e, em princípio, articulado às outras políticas públicas de desenvolvimento urbano” (BRITTO et al., 2012, p.71). Por outro lado, nessa primeira fase, a Secretaria construiu alianças com setores progressistas do saneamento básico, tornando-se aliada desses setores no interior das instituições do Estado. Existia, portanto, a perspectiva de tratar o saneamento básico como direito, como objeto de uma política de Estado inclusiva, democrática e sustentável (HELLER et al., 2016). É possível, portanto, afirmar que na primeira fase do primeiro governo Lula a política de saneamento básico foi hegemonizada por uma coalisão progressista que assumiu o MCidades.

Um outro marco importante nesse processo de construção de uma coalisão progressista foi a realização das Conferências das Cidades e a eleição dos membros do Conselho Nacional das Cidades.

Como apontam Maricato e Santos Junior (2006), a convocação da primeira Conferência Nacional das Cidades alcançou alto grau de mobilização no âmbito dos municípios e estados. Tal mobilização pode ser

evidenciada pelo fato de ter sido precedida por 1.427 conferências municipais e 185 conferências regionais, envolvendo 3.457 municípios de todos os estados da Federação. Além disso, 26 dos 27 governos estaduais existentes convocaram conferências. Ainda na I Conferência foi eleito o Conselho Nacional das Cidades, formado por 71 membros e 27 observadores (MARICATO; SANTOS JÚNIOR, 2006).

O Conselho Nacional das Cidades (ConCidades) deveria planejar e propor o Programa Nacional de Desenvolvimento Urbano e as políticas setoriais para as áreas de habitação, saneamento básico, transporte, direito urbanístico, regularização fundiária e regiões metropolitanas. A Política Nacional de Saneamento Básico passou, portanto, a ter uma instância de controle social: o ConCidades, que deveria ter caráter deliberativo. A importância do Conselho fez com que tanto os setores que compunham a coalizão do saneamento básico como direito social, como os grupos que se opunham a essa visão, disputassem um lugar nesse espaço de construção da política pública.

Desde 2003 foram realizadas cinco Conferências Nacionais das Cidades (2003, 2005, 2007, 2010 e 2013; e o Decreto nº 5.790, de 25 de maio de 2006, determinou que as mesmas deveriam acontecer a cada três anos). Assim, em 2016 deveria ter sido realizada uma nova Conferência das Cidades, mas o governo federal a postergou alegando falta de recursos. Em junho de 2017, o presidente Michel Temer recorreu a um decreto presidencial para alterar a decisão de 2016, adiando para o ano de 2019 a próxima Conferência das Cidades, ferindo os princípios de gestão democrática que orientavam a Política Nacional de Saneamento Básico e que davam suporte à ação do ConCidades, aspecto que será tratado na parte final deste texto.

As Conferências elegem os representantes que têm assento no ConCidades. Ele é constituído por 86 titulares – 49 representantes de segmentos da sociedade civil (movimentos populares, representantes de trabalhadores, entidades acadêmicas, de pesquisa e profissionais, empresários) e 37 dos poderes públicos federal, estadual e municipal –, além de 86 suplentes, com mandato de dois anos. A composição do ConCidades inclui, ainda, 9 observadores representantes dos governos estaduais que possuem Conselho das Cidades em sua respectiva unidade da Federação.

O Conselho possui caráter consultivo e deliberativo e integra a estrutura do Ministério das Cidades. O Decreto nº 5.790/2006, que dispõe sobre as competências do Conselho Nacional das Cidades estabelece que esse será assessorado por quatro Comitês Técnicos relacionados às políticas setoriais de Habitação; Saneamento Ambiental; Trânsito, Transporte e Mobilidade Urbana; e Planejamento e Gestão do Solo Urbano. O Regimento Interno do ConCidades também fixa atribuições para os comitês. Eles possuem a finalidade de subsidiar os debates, promover articulação com os órgãos e entidades promotoras de estudos, propostas e tecnologias relacionadas às políticas públicas, apresentar relatórios ao plenário do ConCidades, propor regras e critérios para aplicação e distribuição dos recursos federais, entre outras. São compostos de, no máximo, cinquenta representantes, respeitando a proporcionalidade dos diferentes segmentos integrantes do Conselho.

Desde o primeiro ano de atuação do ConCidades, entidades que representam os interesses do setor saneamento buscam garantir assento no Conselho. Dentre elas, destacam-se as que representam os interesses do setor privado (Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (Abcon) e a Associação Brasileira dos Fabricantes de Materiais e Equipamentos para Saneamento (Asfamas); as que representam entidades profissionais, acadêmicas e de pesquisa (Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (Abes); as que representam os trabalhadores do setor (Federação Nacional dos Urbanitários (FNU); e as que representam os interesses dos serviços públicos municipais (Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assemae). O Conselho é, portanto, um espaço/arena de disputa pelo sentido da política pública.

Observando a composição dos membros do ConCidades, verifica-se entre os representantes da sociedade civil uma presença importante das federações de movimentos sociais que defendem o direito à moradia e ao

saneamento básico (Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam); União Nacional de Moradia Popular (UNMP); Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLN); Central de Movimentos Populares (CMP), o que corrobora a ideia de que nesse Conselho a pauta do direito à cidade e ao saneamento básico estaria representada a contento.

A análise das resoluções recomendadas pelo ConCidades mostra que, no período anterior à aprovação da Lei nº 11.445/2007, o tema saneamento básico tinha um amplo espaço na pauta do Conselho. Um conjunto de resoluções estabelecia a necessidade de desbloqueio de recursos públicos para investimentos em saneamento básico para os prestadores públicos. A partir de 2007, com a promulgação da Lei nº 11.445/2007, um conjunto de resoluções aprovadas no ConCidades reforçou aspectos dessa Lei, e enfatizou a necessidade de elaboração de planos de saneamento básico. Nesse referido ano, o Conselho recomendou prazos limites para a elaboração dos Planos Nacional, Estaduais, Regionais e Municipais; ele propôs conteúdos mínimos dos planos, de modo a orientar e subsidiar estados e municípios na elaboração dos mesmos; e determinou que instituiria um Grupo de Trabalho com composição específica para apresentar uma proposta de planejamento para a elaboração do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab). Observa-se, portanto, que mesmo tendo o caráter de lugar de disputa, o ConCidades teve um papel central na construção de uma política estruturadora progressista de saneamento básico.

3.2.1- A Lei nº 11.445/2007 e seu Decreto Regulamentador nº 7.217/2010

A Lei nº 11.445 foi objeto de diferentes análises, tanto de seu conteúdo como do seu processo de elaboração. Cordeiro (2014), em sua tese de doutorado, desenvolve uma análise do processo decisório acerca da Lei, analisando um complexo sistema de relações que os agentes do setor estabelecem entre si, sob a forma de embates e alianças. A autora apresenta a hipótese de que “no processo de regulamentação do saneamento transcorrido no governo Lula, ensaiou-se uma ruptura com a trajetória resiliente do setor, marcada pela visão predominantemente tecnicista e empresarial, e que a Lei nº 11.445/2007 representa muito mais o resultado do conflito do que a expressão de um consenso, tal como vocalizado pelos principais protagonistas engajados nesse processo” (CORDEIRO, 2014, p.64).

Concorda-se aqui com a perspectiva apontada pela referida autora, que identifica coalizões e interesses que se estabeleceram em função de determinados aspectos da Lei nº 11.445/2007. Mas também destaca-se que ela apresenta princípios que “procuram concretizar as bandeiras históricas de segmentos democráticos do setor” (REZENDE; HELLER, 2008, p.337) e “oferece o arcabouço normativo para mobilizar um processo gradual de mudança na gestão dos serviços públicos de saneamento básico” (HELLER et al., 2016, p.312).

Cabe destacar os aspectos centrais para o reordenamento institucional da prestação dos serviços públicos de saneamento básico que ela traz, tendo esse instrumento normativo um papel central na construção da política estruturadora de saneamento básico de viés progressista.

A Lei nº 11.445/2007 e seu Decreto Regulamentador nº 7.217, de 21 de junho de 2010 estabelecem os princípios fundamentais que orientam a prestação dos serviços públicos de saneamento básico; e redefinem a estrutura de gestão dos serviços, que passa a ser caracterizada por cinco diferentes aspectos: planejamento, prestação, regulação, fiscalização e controle social. A Lei estabelece as funções que cabem ao titular, responsável pela gestão dos serviços; as condições de validade dos contratos que tenham por objeto a delegação da prestação de serviços públicos de saneamento básico, sendo o plano municipal de saneamento básico; as formas de delegação da prestação: o contrato de programa, autorizado por convênio de cooperação ou por consórcio público, como instrumento indispensável a essa delegação quando a mesma ocorre entre entes públicos; contrato de concessão, precedido de licitação, quando ocorre delegação da prestação a empresas privadas (segundo o regime da Lei nº 8.987/1995). O art. 39 do Decreto Regulamentador nº 7.217/2010 detalha

as condições de validade dos contratos de programa e de concessão, enfatizando três aspectos da prestação: a necessidade de planejamento, de regulação e de participação social.

Vale destacar que a Lei nº 11.445/2007 e o seu Decreto Regulamentador nº 7.217/2010 nada mencionam sobre as parcerias público-privadas (PPP). Essas são reguladas pela Lei nº 11.079/2004, que institui normas gerais para licitação e contratação nessa categoria no âmbito da administração pública, com aplicação de alguns dispositivos da Lei nº 8.987/1995, que dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no artigo 175 da Constituição Federal, e dá outras providências (MARQUES; RIBEIRO, 2015). A licitação das PPPs está disciplinada nos arts. 10 a 13 da Lei nº 11.079/2004, e, igualmente à licitação da concessão comum, deve ser feita na modalidade concorrência, obedecendo fundamentalmente ao procedimento previsto na Lei nº 8.666/1993. As PPPs no setor saneamento básico têm se ampliado, sendo uma importante alternativa para a atração do capital privado. A falta de menção às PPPs pode ser considerada uma lacuna do marco regulatório específico do setor. Os contratos de parcerias público-privadas deveriam estar submetidos aos planos de saneamento básico e à audiência pública, e ser objeto de regulação e controle social, no entanto isso não está explicitado na Lei nº 11.445/2007.

3.3- A segunda fase dos governos Lula e Dilma – 2007 a 2015: contradições de um governo de coalizão e seus reflexos na Política Nacional de Saneamento

A Política Nacional de Saneamento Básico foi aos poucos se consolidando sobre a égide de três atores institucionais: o Ministério das Cidades e a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, constituídos no período anterior; o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa); e o Ministério do Meio Ambiente (MMA), por meio da Secretaria de Recursos Hídricos e Ambiente Urbano (SRHU). Contudo, a trajetória da política na sua dimensão institucional e processual não foi, de forma alguma, linear. Observa-se claramente o embate entre duas visões: (i) o saneamento básico como direito de cidadania, garantido pelo Estado, em que esse tem um papel de provedor dos serviços públicos e condutor das políticas públicas, defendida abertamente por parte da equipe técnica do MCidades e do MMA; (ii) saneamento como um serviço submetido à lógica mercantil, com o Estado atuando de forma exclusivamente normativa, sendo a prestação dos serviços pautada pela lógica de mercado, defendida por prestadores de serviços tanto privados como públicos, sobretudo determinadas companhias estaduais de água e esgoto, pertencendo a estados cujos governos estavam no campo conservador.

3.3.1- Primeira fase: governo Lula – de janeiro de 2007 a dezembro de 2010

A primeira fase situa-se entre a promulgação da Lei nº 11.445 (janeiro de 2007) e o fim do segundo mandato de Lula (dezembro de 2010); e pode ser caracterizada por avanços e recuos em termos de desenvolvimento institucional e procedimental, orientados pelos princípios da Lei.

Tais avanços e recuos estão relacionados ao papel da política de saneamento no contexto do segundo governo Lula e do primeiro governo Dilma.

Um primeiro fato a ser notado é o que o PT abriu mão do controle do Ministério das Cidades e da SNSA, que passaram ao comando do Partido Progressista (PP). Esse fato implicou em mudanças nos quadros técnicos de segundo escalão, sendo, naquele momento, a política conduzida por gestores que não tinham os mesmos compromissos da equipe anterior, cuja origem estava na Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental, na luta pelo saneamento como direito e na oposição a processos de privatização dos serviços.

Se, em um primeiro momento, a mudança não comprometeu a agenda da Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental do Ministério das Cidades, ao longo do período, entre 2008 e 2010, ela expressou uma série de conflitos relacionados a uma outra forma de fazer política, trazida pela equipe do PP, marcando, portanto,

claras mudanças dentro do campo da *politics*. Essa mudança foi refletida nos avanços e recuos que caracterizaram a gestão do saneamento básico no segundo governo Lula.

Todavia, mesmo com um ministro mais conservador, que não assumiu a proposta de saneamento básico como direito, é importante destacar a pressão do ConCidades e de técnicos da SNSA para garantir alguns compromissos assumidos, entre eles a regulamentação da Lei e a elaboração do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab), aspectos que definiram avanços na estrutura regulatória da política de saneamento e serão detalhados a seguir.

3.3.1.a- O decreto regulamentador da Lei nº 11.445/2007: conflitos e coalizões de interesse no setor saneamento

O Comitê Técnico de Saneamento Ambiental do ConCidades em sua reunião extraordinária, realizada em 14 de janeiro de 2009, decidiu que as entidades interessadas deveriam encaminhar emendas à minuta de decreto à Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental (SNSA) até o dia 6/2/2009; e a SNSA enviaria a todas as entidades o texto consolidado das emendas recebidas até o dia 20/2/2009. As propostas foram consolidadas pela SNSA e, finalmente, no dia 4/3/2009, a Secretaria enviou aos participantes da reunião/oficina o texto final que seria discutido nos dias 5 e 6 de março de 2009.

Depois de diferentes versões, o decreto de regulamentação foi editado em 21 de junho de 2010, revelando o saneamento básico como campo de disputa entre interesses diferenciados:

(i) aqueles que defendiam regras mais frouxas, ou de interpretação dúbia, que não afetariam de forma mais profunda sua trajetória histórica de ação, como as companhias estaduais de água e esgoto, representadas pela Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento (Aesbe). Em documento institucional divulgado em sua revista trimestral (Revista Sanear, n.10, p. 17-19, ago. 2010), a Aesbe afirma que o decreto, com 433 disposições, tinha trazido poucas inovações “quase metade – cerca de 165 itens - é constituída de transcrições da Lei; mais 120 dispositivos referem-se a inovações e pouco menos de 4% de complementos próprios a uma regulação”.

Segundo o documento, o Decreto “pouco acrescenta com relação ao que já foi instituído e quando o faz, amplia indevidamente o conteúdo da Lei 11.445/2007”. A Associação crítica: o detalhamento minucioso do processo de elaboração dos planos; a ampliação da participação e do controle social, afirmando que o mesmo ganha “status e importância, ultrapassando o caráter consultivo e os limites definidos na Lei. O decreto induz a que o controle social seja obrigatório em todas as atividades do saneamento, situação não prevista na Lei”. O documento critica ainda o que seria uma centralização excessiva de poderes na União no que se refere à organização do Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Sinisa) (fundamental para garantir a transparência no setor). Essas posições revelam o caráter refratário do setor a implementar uma gestão com controle social e com transparência, reforçando o argumento desenvolvido por Britto et al. (2012) sobre a resiliência do setor e a dependência de trajetória que caracteriza determinados atores, como as companhias estaduais, cuja constituição se deu ainda na época do Plano Nacional de Saneamento (Planasa).

Em artigo publicado na revista da Aesbe, Ubiratã Pereira da Silva, secretário executivo da Associação menciona que “o Decreto nº 7.217 prevê que o controle social pode ser exercido por um colegiado já existente, isto é, qualquer grupo já instituído no município poderá exercer tarefa tão complexa, desde que atendidas as devidas adaptações previstas na legislação. Apesar do caráter consultivo dos conselhos, esse é mais um exemplo de “gordura” que não acrescenta efetividade às

ações necessárias à evolução do setor” (Sanear, jan./fev./mar. 2016, p. 7). A interpretação do Decreto é, no mínimo, equivocada, pois não se trata de qualquer grupo instituído, mas de conselhos de políticas públicas regulamentados por lei, podendo os mesmos serem conselhos de políticas afins: saúde, meio ambiente, ou quando existente, o conselho das cidades.

Ainda com relação à posição da Associação, observa-se uma resistência à compreensão do saneamento básico como direito social e ao reconhecimento dos direitos dos usuários de um serviço essencial. Segundo a Aesbe, o Decreto refere-se à necessidade de comprovação do recebimento pelos usuários de notificação de interrupção dos serviços públicos de saneamento básico, o que considera desnecessário, pois a exigência não existiria em outros serviços públicos e geraria um ônus desnecessário aos mesmo, que seria, em última instância, repassado aos usuários. O documento da Aesbe afirma ainda que a exigência de planos de saneamento básico para ter acesso a recursos do governo federal é descabida e considera como único avanço o seu art. 25, que se refere ao equilíbrio financeiro dos contratos;

(ii) aqueles que defendem, no discurso externo, a necessidade de regulamentação como forma de garantir normas claras e um ambiente propício a negócios, como a Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (Abcon) desde que não haja descaracterização do marco regulatório, por meio de projetos de leis inadequados sobre fixação de tarifas; limitação de cobranças dos serviços; e definição de regulamento para a prestação dos serviços.

Vale lembrar que, em março de 2009, durante a 3ª reunião extraordinária do Comitê Técnico de Saneamento Ambiental do ConCidades os dois grupos acima citados manifestaram-se de forma conjunta contra a regulamentação da Lei da forma como foi proposta pela SNSA. Um grupo de entidades – a saber: Aesbe, Abcon, Associação Brasileira de Consultores de Engenharia (ABCE), Associação Brasileira da Infraestrutura e Indústrias de Base (Abdib), Associação Paulista de Empresários de Obras Públicas (Apeop), Associação Brasileira dos Fabricantes de Materiais e Equipamentos para Saneamento (Asfamas), Câmara Brasileira da Indústria da Construção (Cbic), Sindicato Nacional das Empresas de Arquitetura e Engenharia Consultiva (Sinaenco) e Sindicato Nacional das Indústrias de Equipamentos para Saneamento Básico e Ambiental (Sindesam) –, manifestaram um entendimento jurídico do conjunto apontando que o Governo Federal deveria apenas elaborar proposta de regulamento para os artigos que fazem referência às competências específicas da União, ou seja, apenas em relação ao capítulo da Política Federal de Saneamento Básico. Nessa lógica, as contribuições/emendas dessas entidades se referem apenas aos artigos 48 à 53 da Lei nº 11.445/2007. Para as demais proposições, as entidades pedem a supressão total dos artigos da minuta de Decreto, que tratam das diretrizes nacionais para o saneamento básico - artigos 1º à 53 e artigos 73 à 81.

A decisão dos presentes com direito a voto (o Comitê Técnico de Saneamento Ambiental (CTSA) é composto de, no máximo, 50 representantes, respeitando a proporcionalidade dos diferentes segmentos integrantes do ConCidades) foi de encaminhar tal emenda ao plenário do Conselho das Cidades para avaliação e posicionamento, sendo que os representantes da Aesbe e do Fórum Nacional dos Secretários Estaduais de Saneamento (FNSS), se retiraram formalmente da reunião/oficina de trabalho;

(iii) os que defendem o saneamento básico como direito e os aspectos/princípios estabelecidos na Lei nº 11.445/2007: planejamento, regulação, fiscalização, controle social e avaliação da prestação dos serviços. Nesse grupo estão os movimentos sociais e ONGs ligados à luta pelo direito à

cidade. Nessa perspectiva, destaca-se a posição do representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam), do Movimento Popular. Ele lembrou aos participantes da reunião/oficina de trabalho que o texto em discussão não é uma proposta do Governo Federal, mas, sim, resultado de uma construção do Comitê Técnico de Saneamento Ambiental, validado pelo pleno do Conselho das Cidades e amplamente discutido com as entidades do setor, sendo resultado de um processo democrático na gestão da política de saneamento básico, que coaduna com os princípios estabelecidos na Lei.

Ponderando as observações e os encaminhamentos feitos, a plenária considerou o documento aprovado e em condições de ser apresentado ao pleno do Conselho das Cidades, onde foi aprovado em sessão plenária no dia 24 de março de 2009. O então ministro das Cidades, Márcio Fortes, recebeu do presidente Lula a incumbência de encaminhar o Decreto Regulamentador da Lei nº 11.445/2007, processo tal que estava sob a responsabilidade do Midades e deveria ser concluído até o final do mês de março. Contudo, somente em 21 de junho de 2010, durante a 4ª *Conferência Nacional das Cidades*, em Brasília, o presidente assinou o decreto regulamentador da Lei Nacional de Saneamento Básico.

3.3.1 b- A ênfase dada ao planejamento na política pública de saneamento básico: um avanço dos governos do PT

Até 2007, o planejamento de longo prazo e participativo dentro de uma abordagem interdisciplinar -que não se limita a questão dos planos físicos dos sistemas -, no saneamento básico era praticamente inexistente. Esse contexto vai mudar com a obrigatoriedade do planejamento, sendo essa responsabilidade do titular e condição para a delegação da prestação dos serviços. O planejamento deve ser realizado por todos os níveis federativos (União, estados e municípios), no entanto, os planos municipais receberam particular ênfase, por ser o município o titular dos serviços. O decreto regulamentador da Lei nº 11.445/2007 indicou as etapas a serem cumpridas na elaboração dos planos municipais de saneamento básico, seu conteúdo mínimo e estabeleceu o prazo de dezembro de 2014 para a elaboração dos mesmos: “a partir do exercício financeiro de 2014, a existência de plano de saneamento básico, elaborado pelo titular dos serviços, será condição para o acesso a recursos orçamentários da União ou a recursos de financiamentos geridos ou administrados por órgão ou entidade da administração pública federal, quando destinados a serviços de saneamento básico” (Decreto nº 7.217/2010). No entanto, por meio de decreto, esse prazo sofreu alteração duas vezes ao longo do governo Dilma Rousseff: a primeira extensão estabeleceu a data de dezembro de 2015 como o novo prazo (Decreto nº 8.211/2014); a segunda, dezembro de 2017 (Decreto nº 8.629/2015).

A política de saneamento básico no segundo mandato do presidente Lula apresenta, portanto, um avanço na construção de uma regulamentação orientada pela perspectiva do saneamento básico como direito. A incorporação do planejamento como um instrumento indispensável à política pública, dentro de uma perspectiva de construção participativa e interdisciplinar, sob a responsabilidade das prefeituras, foi efetivamente um ganho, diferente dos planos de caráter extremamente tecnicistas elaborados pelos prestadores de serviços no período precedente. O plano se tornou um instrumento para dar estabilidade às políticas de saneamento básico, reduzindo sua subordinação a interesses vindos de fora do setor. Contudo, apesar dos avanços no campo institucional, fortalecendo a estrutura e os instrumentos da *policy*, a lógica de distribuição dos recursos do Plano de Aceleração de Crescimento (PAC 1) reproduz mecanismos pautados em interesses políticos e, frequentemente, incompatíveis com os princípios de regulamentação adotados. Verifica-se ainda que a lógica do saneamento básico como mercadoria encontra vácuos para avançar, tanto por meio das concessionárias privadas como das práticas de determinadas Comissões Especiais de Análise de Empreendimentos (Ceae), que cada vez mais assumem uma visão de prestação de serviço público como negócio.

3.3.1 c- A elaboração do Plansab

O art. 52 da Lei nº 11.445/2007 estabelece que a União deverá elaborar, sob a coordenação do Ministério das Cidades, o Plano Nacional de Saneamento Básico, instrumento de implementação da Política Federal de Saneamento Básico, contendo:

- a) os objetivos e metas nacionais e regionalizadas, de curto, médio e longo prazos, para a universalização dos serviços de saneamento básico e o alcance de níveis crescentes de saneamento básico no território nacional, observando a compatibilidade com os demais planos e políticas públicas da União;
- b) as diretrizes e orientações para o equacionamento dos condicionantes de natureza político-institucional, legal e jurídica, econômico-financeira, administrativa, cultural e tecnológica com impacto na consecução das metas e objetivos estabelecidos;
- c) a proposição de programas, projetos e ações necessários para atingir os objetivos e as metas da Política Federal de Saneamento Básico, com identificação das respectivas fontes de financiamento;
- d) as diretrizes para o planejamento das ações de saneamento básico em áreas de especial interesse turístico;
- e) os procedimentos para a avaliação sistemática da eficiência e eficácia das ações executadas (BRASIL, 2007).

Em 3 de dezembro de 2008, por meio da Resolução Recomendada nº 62, foi aprovado pelo ConCidades o *Pacto pelo Saneamento Básico*, que marcou o início da elaboração do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab). Esse pacto, fruto de ampla discussão com as principais entidades representativas do setor, representou o compromisso com a elaboração do Plano que visa estabelecer um ambiente de confiança e entendimento no alcance dos seus objetivos e metas (BRASIL, 2008).

O processo de elaboração do Plansab, coordenado pelo Ministério das Cidades, se desenvolveu em três etapas: i) a formulação do *Pacto pelo Saneamento Básico: mais saúde, qualidade de vida e cidadania*, que marca o início do desenvolvimento participativo de elaboração do Plano em 2008; ii) a elaboração, em 2009 e 2010, do extenso estudo denominado *Panorama do Saneamento Básico no Brasil*, elaborado por equipes da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal da Bahia (UFBA) e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com o MCidades que tem como um de seus produtos a versão preliminar do Plansab; e iii) a consulta pública que submeteu a versão preliminar do Plano à sociedade, promovendo sua ampla discussão e posterior consolidação à luz das contribuições acatadas.

3.3.1. d- O PAC Saneamento

No que diz respeito à ampliação de recursos, que permite caracterizar a política de saneamento em seus aspectos distributivos e redistributivos, o marco do período ora analisado (2007- 2010) foi a instituição do Programa de Aceleração do Crescimento. Ele contemplava investimentos em saneamento, mas foi parte de uma proposta maior, referente à agenda econômica do governo, definida como desenvolvimentista.

O Programa foi estabelecido por meio do Decreto Presidencial n. 6.025/2007, no início do segundo mandato do presidente Lula, tendo como objetivos incentivar a retomada do planejamento e a execução de grandes obras de infraestrutura urbana, social, logística e energética com vistas à acelerar o crescimento econômico do país dentro da tríade grandes obras: geração de empregos, implementação de redes de infraestrutura, e desenvolvimento social e econômico.

Independentemente dos resultados, o PAC demonstrou a retomada pelo governo do papel de indutor do crescimento ao priorizar setores e diagnosticar gargalos para o desenvolvimento de longo prazo, com previsão de investimentos estatais ou privados, incentivos fiscais e crédito através de órgãos oficiais, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), a Caixa Econômica Federal e Banco do Brasil (FONSECA et al, 2013).

O PAC foi dividido em duas etapas. A primeira, denominada PAC 1, foi lançada no ano de 2007 e encerrou-se em dezembro de 2010. A segunda etapa, denominada PAC 2, foi lançada ainda no mandato do presidente Lula, em março de 2010, para ser desenvolvida a partir de 2011, já no governo do próximo presidente - a candidata Dilma Rousseff foi eleita presidente no período.

Em 2007, foi anunciado para os quatro anos do PAC, para o setor saneamento, o valor de R\$40 bilhões, que seriam repartidos da seguinte forma: R\$12 bilhões de recursos orçamentários (R\$8 bilhões aplicados pelo Ministério das Cidades e R\$4 bilhões pela Funasa), além de R\$8 bilhões aportados como contrapartida dos estados, municípios e prestadores de serviço de saneamento e R\$20 bilhões de financiamentos.

Como aspectos positivos, observa-se que o PAC proporcionou a previsibilidade e regularidade na oferta de recursos financeiros. Em princípio, essa é uma condição para o planejamento dos investimentos em saneamento básico pelos titulares, estabelecendo ações para o curto, médio e longo prazos. Como visto na primeira parte desse texto, nos países da Europa e nos Estados Unidos, o fluxo regular de investimentos públicos foi condição para a universalização do acesso aos serviços.

No PAC 1, o Ministério das Cidades selecionou propostas que tinham como objeto empreendimentos de abastecimento de água, esgotamento sanitário, saneamento integrado, drenagem urbana e resíduos sólidos urbanos em regiões metropolitanas e cidades com população superior a 50 mil habitantes. Os municípios com população até 50 mil habitantes tinham a Funasa como agente que recebia e selecionava as propostas.

O descompasso entre a institucionalização do marco regulatório, que estabelecia critérios para que os titulares e prestadores tivessem acesso aos recursos da União buscando dar efetividade aos investimentos, e o PAC 1 comprometeu os resultados do Programa. Podem ser destacadas nesse sentido fatores que remontam à organização técnico-institucional do setor, evidenciada na baixa capacidade técnica dos titulares/prestadores de apresentarem projetos qualificados, e nas ações desvinculadas de planejamento, pois até então os planos de saneamento básico eram frágeis ou inexistentes.

Ainda no campo da estrutura institucional observa-se a baixa capacidade de acompanhamento das obras pelos órgãos do governo federal, incluindo aí o Ministério das Cidades, a Funasa e a Caixa Econômica Federal. O PAC 1 foi instituído sem que Ministério das Cidades dispusesse de instrumento para o monitoramento das ações. Evidentemente, a estrutura do Ministério em termos de pessoal e a centralização em Brasília dificultava esse monitoramento. Já a Funasa e a Caixa Econômica possuem unidades descentralizadas nos estados da federação, mas, mesmo assim, a avaliação dos projetos e acompanhamento das obras não foram executados à contento, o que revela um gargalo a ser superado em um projeto de política pública que vise a universalização dos serviços.

Ainda no que diz respeito ao controle e fiscalização dos projetos pela sociedade, verifica-se que as decisões relacionadas aos investimentos do PAC se fizeram sem transitar pelas instâncias de controle social, como o ConCidades, nem respeitar diretrizes e propostas construídas em ciclos de conferências nacionais. Claramente, o PAC 1 significou o atropelamento dos esforços da SNSA de qualificar e dar coerência aos gastos públicos, abortando as possibilidades de construção de uma política de Estado em contraposição a um programa de governo (BRITTO et al., ano 2012).

Nesse aspecto, destaca-se também uma distribuição de recursos fortemente marcada por interesses políticos. Nesse campo, Borja (2014, p.440) destaca o papel das emendas parlamentares, assinalando que “os dados evidenciam o nível de comprometimento da programação orçamentária para o saneamento básico, sendo necessário rever o papel e o montante dos recursos das emendas na composição do gasto público, de forma a propiciar uma programação com maior adesão aos princípios da Lei nº 11.445/2007. Obviamente, essa participação das emendas no orçamento público constitui-se numa clara evidência do alto grau de permeabilidade do Estado brasileiro aos interesses corporativos”.

Na primeira fase do PAC a SNSA recebeu um elevado número de projetos, inclusive por parte de prestadores de serviços e de municípios que, segundo os critérios de qualificação de gastos públicos estabelecidos pela equipe da gestão anterior da Secretaria, antes da mudança de ministro e de secretário, não teriam condições de ter seus projetos aprovados. Isso se explica porque a alocação dos recursos foi decidida pelo governo federal em diálogo com governadores estaduais e prefeitos. As obras foram contratadas a grandes empreiteiras, sem preocupação com inovação tecnológica.

Segundo o Ministério das Cidades no Relatório *Gasto Público em Saneamento-2010*, dentre os investimentos contratados em 2007, 6,5% das obras não haviam sido iniciadas; 86,3% estavam em andamento; 7,2% tiveram as obras concluídas. Em relação aos investimentos contratados em 2008, 55,6% estavam em andamento, 32,5% não haviam sido iniciados e 11,9% foram concluídos. Considerando-se os investimentos contratados no ano de 2009, em 2010, 80,5% dos empreendimentos não haviam sido iniciados; e 18,6% estavam em andamento. Já dos assinados em 2010, 99,6% dos contratos firmados não haviam iniciados as obras. Esse elevado percentual de empreendimentos não iniciados explica-se, em parte, em virtude do tempo de maturação necessário para o início das obras. Ou seja, em diversos casos, depois de assinados os contratos, é necessário dar andamento a providências relacionadas aos projetos de engenharia, titularidade das áreas de intervenção, licenciamentos ambientais e procedimentos licitatórios para dar-se início efetivo aos empreendimentos. Considerando, portanto, os contratos a partir de 2007, no ano de 2010, apenas 19,1% das obras contratadas haviam sido concluídas. Segundo a SNSA do MCidades, “uma obra de saneamento, desde a sua seleção, destinação de recursos, licitação e execução, está levando em torno de cinco anos. O PAC foi lançado em 2007, portanto, só a partir de 2012 vamos ver as obras concluídas”, afirmou o então secretário da SNSA, Leodegar Tiscoski, no debate promovido pela Comissão de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável da Câmara dos Deputados em 2010.

Observa-se ainda que o MCidades direcionou o maior volume de investimentos, cerca de 40% dos recursos, para a ampliação e melhorias de sistemas de esgotamento sanitário. A prioridade conferida a esta modalidade foi orientada, principalmente, pelos baixos índices de cobertura dos serviços de coleta e tratamento de esgotos existentes no país. Além de considerar os precários indicadores do esgotamento sanitário, o Programa também buscou reorientar o perfil das iniciativas do Governo Federal, em que, historicamente, predominaram os investimentos em abastecimento de água.

3.3.2- Segunda fase: os governos de Dilma Rousseff, continuidades e rupturas

Durante o primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff, processos iniciados no período anterior tiveram continuidade, sendo o caráter ambíguo – de avanços e recuos – na política de saneamento básico, na construção do saneamento básico como direito, também uma marca desse governo.

Um sinal de avanço foi a aprovação do Plansab, depois de um processo lento, com disputas internas no âmbito do governo, em 20 de novembro de 2013 a presidente assinou o Decreto nº 8.141, que dispõe sobre o Plano Nacional de Saneamento Básico (PNSB na Lei, mas conhecido pelo acrônimo Plansab), institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Acompanhamento da Implementação do PNSB e dá outras providências, e aborda o apoio do MCidades à elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico.

3.3.2 a- A importância do Plansab como instrumento orientador da Política Nacional de Saneamento

A existência de um plano nacional é fundamental para consolidar uma cultura de planejamento no setor que trabalhe com um horizonte a ser alcançado, estabelecendo metas e estratégias para alcançá-las, assim como estimando recursos para o alcance das metas.

O Plansab dá ênfase a uma visão estratégica de futuro. Com ele, procura-se visualizar possíveis futuros, denominados de cenários, “a partir das incertezas incidentes, com base em sólida análise da situação atual e pregressa. Parte da premissa de que não é possível prever o futuro, mas apenas fazer previsões de possibilidades, procurando reduzir os riscos das incertezas e propiciar ferramentas que facilitem a definição de estratégias. A construção da visão estratégica com os diversos atores envolvidos procura assumir a complexidade dos processos de mudança, geradores de resistências e de conflitos, e, ao mesmo tempo, considera que a visualização do futuro, no horizonte de planejamento, é plena de incertezas e de alterações frequentes na realidade social, política e econômica” (Brasil, 2013).

Foram definidos três cenários de planejamento, tendo sido adotado o primeiro deles como o cenário de referência para o planejamento. Para esse, foram estabelecidas metas e, visando atingi-las ao longo dos 20 anos de execução do Plansab, propostas, macrodiretrizes e estratégias.

Sendo incorporado nos Planos Plurianuais (PPAs), um instrumento previsto no art. 165 da Constituição federal destinado a organizar e viabilizar a ação pública, que estabelece o conjunto das políticas públicas do governo para um período de quatro anos e os caminhos trilhados para viabilizar as metas previstas, o Plansab tem a capacidade de alterar a lógica de alocação dos recursos públicos federais, dando a ela mais racionalidade e, conseqüentemente, mais eficiência.

O Plansab traz programas para a política pública de saneamento básico que foram apresentados em um nível de discriminação ainda preliminar, e que deveriam ser detalhados em maior profundidade em uma próxima etapa. Os programas estão apresentados no quadro a seguir.

PROGRAMA	CONCEPÇÃO	PÚBLICO-ALVO	AÇÕES
Programa 1: Saneamento básico integrado	Investimento em ações estruturais abrangendo, preferencialmente, mais de um componente do saneamento básico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Titulares ou prestadores dos serviços públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário 	Possíveis ações em: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Áreas metropolitanas; municípios de médio ou pequeno porte ✓ Favelas e ocupações espontâneas; áreas de risco e sujeitas a inundações; áreas indutoras do desenvolvimento turístico; bacias hidrográficas críticas
Programa 2: Saneamento rural	Atendimento da população rural, povos indígenas e comunidades tradicionais, no conjunto das necessidades dos componentes do saneamento básico, integrados com o Programa Territórios da Cidadania e com o Programa de Desenvolvimento Rural Sustentável, entre outros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrações municipais ✓ Consórcios ou prestadores de serviços públicos ✓ Instâncias de gestão para o saneamento rural como cooperativas e associações comunitárias 	Possíveis ações para: <ul style="list-style-type: none"> ✓ População rural ✓ Povos indígenas ✓ Quilombolas ✓ Reservas extrativistas
Programa 3: Saneamento estruturante	Apoio à gestão dos serviços com vistas à sustentabilidade para o adequado atendimento populacional e com o olhar para o território municipal e para a integralidade das ações de saneamento básico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Titulares, consórcios e outras modalidades de gestão ✓ Prestadores públicos ✓ Gestores ✓ Entidades de ensino e pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ações estruturantes de apoio à gestão ✓ Ações estruturantes de apoio à prestação de serviços ✓ Ações estruturantes de capacitação e assistência técnica ✓ Desenvolvimento científico e tecnológico

Fonte: Plansab, 2013

É importante ressaltar que o monitoramento e a avaliação são etapas essenciais para o bom desenvolvimento do Plano. Eles permitem a realização de ajustes ao planejamento original e a aferição de resultados, sobretudo no que diz respeito ao progresso no sentido da universalização.

Quanto à aprovação do Plansab, o Decreto 8.141/2013 criou o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Acompanhamento da Implementação do Plano Nacional de Saneamento Básico (GTI-Plansab), coordenado pela Secretaria de Saneamento do Ministério das Cidades e responsável pelas orientações, debates e contribuições para o monitoramento e avaliação do Plano, e pela aprovação dos relatórios anuais.

O Plansab foi aprovado por decreto em dezembro de 2013, sendo que o Plano Plurianual (PPA) 2012-2015 já estava com sua estrutura formulada. Dessa forma, os três macroprogramas foram incorporados/diluídos na estrutura do PPA. Desde o Plano Plurianual 2012-2015, a sua organização passou a se constituir de Programas que se dividem em Objetivos e esses em Iniciativas, enquanto que o Plansab adotou o modelo de organização do PPA anterior, que previa Programas divididos em Ações. Assim, o Programa 2068 do PPA Saneamento Básico, chamado Programa no Plansab, traduz-se como Objetivo no PPA, a saber: saneamento estruturante, saneamento rural e saneamento básico integrado. (BRASIL, 2015, p.88).

Verificou-se que a estrutura permaneceu a mesma no PPA 2016-2019. O Programa 2068, dedicado exclusivamente ao saneamento básico, incorporou os três macroprogramas do Plansab. Ele previa recursos da ordem de R\$39,3 bilhões para o período, dos quais R\$5,2 com origem no Orçamento Geral da União (OGU). Em comparação com o Plansab, a previsão de investimentos federais foi reduzida de R\$15 bilhões para R\$9,8 bilhões por ano, dos quais R\$1,3 bilhões do OGU (Senado Federal, 2016, p.16).

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento do Plansab, o plano determina a elaboração de três programas para sua operacionalização: Saneamento Básico Integrado; Saneamento Rural; e Saneamento Estruturante. Segundo ele, a coordenação do processo de elaboração e execução do Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) é de responsabilidade do Ministério da Saúde por meio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). O processo de elaboração do Programa foi iniciado em fevereiro de 2015, quando a Funasa firmou uma parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio de Termo de Execução Descentralizada (TED) para o desenvolvimento de estudos relacionados ao panorama do saneamento rural no Brasil, visando à formulação do Programa Nacional de Saneamento Rural e sua gestão no nível do Governo Federal. Os trabalhos se iniciaram em setembro de 2015 em encontram-se em andamento.

Os dois outros Programas, Saneamento Básico Integrado e Saneamento estruturante, que ficariam a cargo do Ministério das Cidades, não foram iniciados.

3.3.2 b- A segunda etapa do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2)

O governo Dilma deu continuidade ao PAC por meio do PAC 2, concebido ainda no segundo governo Lula, em março de 2010. Para o PAC 2 Saneamento foi previsto um pouco mais de recursos que os disponibilizados para o PAC 1, além de serem estabelecidas mais parcerias entre estados e municípios para a elaboração de projetos e execução de obras. Essa etapa também buscou incorporar as obras contratadas no PAC 1 e não concluídas, ou mesmo não iniciadas, além de disponibilizar recursos para a urbanização de favelas, que compreendiam ações de saneamento básico.

O PAC 2 buscou realizar um novo ciclo de planejamento com investimentos para empreendimentos de grande porte em diversas áreas, dividido nos seguintes eixos: (i) Cidade Melhor, que inclui o saneamento básico; (ii) Comunidade Cidadã; (iii) Minha Casa, Minha Vida; (iv) Água e Luz para Todos; (v) Transportes; e (vi) Energia. Nos eixos Cidade Melhor e Água e Luz para Todos foram disponibilizados R\$41,8 bilhões para

o saneamento básico, sob a coordenação do Ministério das Cidades e outros R\$4 bilhões sob a responsabilidade da Funasa. Desta forma, o valor total disponibilizado para o saneamento básico em todo o Brasil foi de R\$45,8 bilhões.

Para viabilizar o PAC 2, mais uma vez, a Lei nº 11.445/2007 foi atropelada. A Medida Provisória (MP) nº 561/2012 permitia acesso ao financiamento mesmo quando não houvesse contrato regularizado entre os municípios e as companhias estaduais de água e esgoto. A MP fixava 31 de dezembro de 2016 como nova data limite para essa regularização. O prazo anterior, estipulado pela Lei nº 11.445/2007, era 31 de dezembro de 2010.

Entretanto, para as obras poderem receber recursos do PAC até 2016, estados e municípios nessa situação deveriam celebrar um convênio de cooperação com um cronograma de cumprimento das condições da Lei Nacional de Saneamento Básico. Aqueles que já tivessem assinado o acordo antes da edição da referida MP teriam que apresentar o cronograma ao governo federal.

A Lei exigia um plano municipal de saneamento básico (PMSB), a existência de entidade de regulação e fiscalização dos serviços e leis autorizativas para os contratos sem licitação com as empresas estaduais. Poucos municípios dispunham desses instrumentos em 2012.

No âmbito do PAC 2, uma parte dos recursos foi destinada às atividades de planejamento (elaboração dos PMSBs). O Ministério das Cidades apoiou diretamente os municípios no processo de elaboração de seus Planos, via seleção pública do PAC, fazendo a ressalva de que não seriam apoiados planos de saneamento básico que não contemplassem todos os seus componentes em conjunto, sendo selecionados 92 municípios.

A Funasa, segundo informações divulgadas na Assembleia da Assemæe de 2016, apoiou financeiramente 458 municípios e estabeleceu 5 convênios com consórcios nos estados da Bahia, Rio Grande do Norte, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Rio Grande do Sul. Posteriormente, entre 2013 e 2015, a Funasa passou a fazer convênios para a elaboração de planos com entidades de governos estaduais e universidades para o apoio técnico e financeiro para a elaboração dos planos, como mostra o quadro 2.

Quadro 2: Parcerias da Funasa para apoio técnico e financeiro para a elaboração de planos municipais de saneamento básico

Estado	Municípios Beneficiados	Entidade	Ano
AC	6	Ufac	2015
ES	34	UFF	2014
GO	64	IFG	2015
MA	118	UFF	2014
MT	106	UFMT	2014
PA	40	UFRA	2015
PI	100	Secid/GOV	2015
RN	74	UFRN	2015
RS	100	UFRS	2015
SC	12	Unesc	2013
SE	30	ITP	2014
TOTAL	684		

Fonte: Funasa, 2016.

No que diz respeito à efetividade das ações do PAC, o ano de 2014 foi o que apresentou maior número de empreendimentos concluídos. No setor saneamento, existe uma clara defasagem de tempo entre a seleção, contratação e conclusão dos empreendimentos. Assim, no final de 2014 a expressiva carteira de investimentos do PAC oferecia uma perspectiva positiva de investimentos no futuro próximo. No entanto, assim que iniciou seu segundo mandato, a presidente Dilma deu uma guinada na política econômica, escolhendo como caminho para enfrentar a desaceleração da economia, que já vinha apresentando sinais com a queda no crescimento do PIB, um corte nos gastos públicos associados à alta dos juros, como medida para corrigir os rumos da economia e possibilitar uma retomada do crescimento. O Decreto nº 8.407, de 24/2/2015 determinava que os gastos com investimentos, restos a pagar, custeio e obras do PAC estavam limitados a R\$75 bilhões no período de janeiro a abril. Contudo, o art. 3º do Decreto indicava que ficariam excluídos do disposto no mesmo os saldos dos restos a pagar inscritos referentes a dotações orçamentárias destinadas ao atendimento das despesas do PAC inscritas após 31 de dezembro de 2013.

Como assinala Carleial (2015, p.209), “fica difícil sustentar o argumento de que associar altos e corte nos gastos governamentais leve à retomada do crescimento. O que tende a ocorrer é queda do crescimento econômico, desestímulo aos investimentos com todas as consequências negativas sobre o emprego e a renda”. Os futuros investimentos do PAC ficariam comprometidos.

Se os recursos do PAC 2 disponibilizados no primeiro governo Dilma permitiram avanços no planejamento, a grande discussão é sobre o atraso e impasses na finalização das obras beneficiadas com esses recursos. É inegável que são grandes as dificuldades para elaboração dos projetos e deficiências na gestão das obras e serviços (falta de capacidade técnica e institucional). As dificuldades com projetos e execução de empreendimentos tornam as obras mais caras e com qualidade inferior. O quadro das obras de saneamento básico do PAC é marcado, portanto, pelas características da administração pública municipal e pela fraca capacidade técnica de determinadas companhias estaduais de água e esgoto.

O problema, portanto, não foi, no período até aqui analisado, a falta de recursos financeiros. Pode-se apontar alguns impasses para a efetivação dos investimentos: projetos mal elaborados e desvinculados de um planejamento na média e macro escalas; competência e/ou qualificação administrativa e gerencial da administração pública; ausência de articulação entre os diferentes órgãos públicos nos níveis municipal e estadual; e ausência de controle social.

O balanço do Ministério das Cidades do PAC Saneamento, no mês de novembro de 2015, do período de 2007 a 2015 mostra que foram selecionados R\$86,1 bilhões, contratados R\$81,5 bilhões e executados R\$38,1 bilhões. Ou seja, os operadores públicos e privados só conseguiram executar 46,7% de todo o valor contratado. Segundo o Ministério das Cidades, as obras do PAC Saneamento, em geral, levam, em média, mais de cinco anos – em alguns casos foram mais de oito anos - para serem concluídas após a contratação dos recursos.

Esse longo tempo de finalização das obras decorre de diversos problemas, sendo os mais recorrentes: inconsistências nos projetos apresentados, muitos dos quais exigem revisão ou foram elaborados com muito atraso; demora na liberação de terrenos e de alvarás pela própria prefeitura interessada; e dificuldade na obtenção de licenças dos órgãos ambientais. Portanto, é preciso considerar os prazos de realização de obras de acordo com a data de seleção. Cada obra possui cronograma próprio e datas de seleção que impactam nos prazos de conclusão. Contudo, em um estudo de caso específico da região metropolitana do Rio de Janeiro, constatou-se que obras de médio porte contratadas em 2007 ainda não haviam sido finalizadas em janeiro de 2017 (Britto, 2017).

Na primeira fase, o PAC selecionava empreendimentos com projetos elaborados. No entanto, municípios pequenos tinham dificuldade para elaborar projetos e por isso o governo federal passou a apoiá-los com a

contratação direta de projetos (projetos de engenharia para universalização dos serviços públicos de saneamento básico em áreas urbanas que envolvem projeto básico e/ou executivo e estudo de concepção: abastecimento de água e perdas, esgotamento sanitário, drenagem, resíduos sólidos; e saneamento integrado).

3.3.2 d- Mudanças na estrutura do financiamento do saneamento: a abertura para empresas privadas

Na segunda fase do PAC, ocorreram mudanças importantes na estrutura da disponibilização dos recursos, sendo essa mudança decorrente da pressão dos atores do setor privado, associados à parte das companhias estaduais de saneamento básico (Cesbs). Um exemplo claro dessa inflexão é a Portaria nº 280, de 25 de junho de 2013, do Ministério das Cidades, que possibilita o acesso de recursos do Orçamento Geral da União pelo setor privado para empreendimentos de saneamento básico.

Até então, nos casos em que a operação ou a prestação dos serviços públicos de abastecimento de água e/ou esgotamento sanitário de município beneficiado pelos recursos do PAC fossem delegadas para empresa ou instituição da qual o poder público não detivesse maioria de ações com direito a voto, durante a vigência do respectivo instrumento de repasse, o desembolso dos recursos do PAC deveria ser suspenso (item 4.6 do *Manual de Instruções para Aprovação e Execução dos Programas e Ações*, do Ministério das Cidades, inseridos na segunda fase do Programa de Aceleração do Crescimento). Com isso, não se podia utilizar tais recursos para pactuar concessões, parcerias público-privadas ou qualquer outra forma contratual que envolvesse a prestação de serviços por um ente sem controle estatal. Assim, se houvesse uma obra em andamento e ela fosse objeto de concessão à iniciativa privada, a parte já realizada seria objeto de uma análise que poderia, no limite, obrigar a prefeitura a devolver os recursos ao governo federal.

Por meio da Portaria nº 280/2013, previu-se uma exceção a tal suspensão: ela não será aplicada aos casos em que a operação ou a prestação de serviços tenha sido transferida por contrato de concessão na modalidade não onerosa, ou seja, sem cobrança pelo poder público de valor de outorga, firmado sob o amparo das Leis de Concessões (nº 8.987/1995) e a Lei de PPPs (nº 11.079/2004).

As verbas do PAC 2 poderiam, então, ser destinadas aos concessionários de serviços de saneamento básico privados, sendo importante lembrar que os recursos deveriam ser destinados ao ente federativo específico (estados ou municípios) e esse seria o responsável por dar destinação às verbas.

O Conselho Nacional das Cidades, em seu Comitê Técnico de Saneamento Ambiental, decidiu pela revogação da referida Portaria, sob pressão dos movimentos sociais e da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assemae). Todavia essa revogação não ocorreu. Vale ressaltar que em 2011, o engenheiro Johnny dos Santos, diretor da SNSA, afirmava que “os recursos do OGU representam uma importante fonte de recursos para empreendimentos que visem ao atendimento de usuários ou municípios que não tenham capacidade de sustentar economicamente os serviços de saneamento, ou seja, destinam-se para áreas carentes” (Infraestrutura Urbana, Edição 7, out. 2011). Já em 2013, o então ministro das Cidades, Agnaldo Ribeiro, e o secretário Nacional de Saneamento Ambiental, o engenheiro Osvaldo Garcia, argumentaram que a portaria era decisão de governo federal e que era decorrente da política para fortalecer as PPPs.

Um outro aspecto que revela uma mudança nas políticas do governo federal, no sentido de uma concepção mercantilizada do saneamento, se deu no âmbito do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Em 2007, foi autorizada a criação do Fundo de Investimento do FGTS (FI-FGTS), regido pela Lei nº 11.491, de 20 de junho de 2007. Pela lei, o FI-FGTS teria patrimônio próprio, segregado do patrimônio do FGTS, e seria disciplinado por instrução da Comissão de Valores Mobiliários (CVM). A administração e a gestão do FI-FGTS

ficaram a cargo da Caixa Econômica Federal (CEF), na qualidade de Agente Operador do FGTS, cabendo ao Comitê de Investimento (CI), constituído pelo Conselho Curador do FGTS, a aprovação dos investimentos.

Trata-se, portanto, de um fundo de investimento que não dispõe de personalidade jurídica e de estrutura administrativa e operacional próprias, com administração e gestão realizadas pela CEF. O FI-FGTS tem por finalidade investir em ativos de infraestrutura no Brasil, por meio da ampliação da capacidade instalada dos setores de rodovia, ferrovia, hidrovias, porto, saneamento básico, energia e aeroportos, conforme seu Regulamento.

Um aspecto a ser ressaltado é que o FI-FGTS também poderá participar de projetos contratados sob a forma de Parcerias Público-Privadas (PPP), desde que atendidas as condições estabelecidas no Regulamento (BRASIL, 2015).

Segundo o relatório de 2015,

esta utilização de parte dos recursos do FGTS no mercado de capitais era uma demanda de vários agentes, inclusive organismos internacionais. Restrições regulamentares e ausência de projetos que aliassem a manutenção do papel social do FGTS com o seu direcionamento ao mercado de capitais só foram superadas com o início das atividades do FI-FGTS, que criou condições de aproveitamento das oportunidades de investimento e se tornou relevante para o desenvolvimento do país (BRASIL, 2015, p. 18).

Um outro indicativo da prevalência de uma lógica do governo federal de conceber o saneamento básico como negócio foi a constituição da Caixa Fundo de Investimento Participações Saneamento (Caixa Fip Saneamento), em 6 de dezembro de 2010, ainda no segundo governo Lula, sob forma de condomínio fechado, destinado exclusivamente a investidores qualificados. O principal objetivo do referido Fundo era a aquisição de participação acionária em companhias estaduais de água e esgoto e em projetos desenvolvidos no setor. Em dezembro de 2015, o Fundo contava com investimentos aproximados de R\$1,8 bilhão em empresas do setor saneamento, o que correspondia a 2,5% de seu valor.

Ainda em 2011, o FI-FGTS realizou o aporte de R\$90,6 milhões na Foz Centro Norte Participações S.A., que posteriormente alterou sua razão social para Odebrecht Ambiental - Centro Norte Participações S.A. (OACNP), resultando na aquisição de participação acionária equivalente a 49% de seu capital social. Essa empresa era controladora direta da Companhia de Saneamento do Tocantins (Saneatins), que hoje é gerida pela BRK Ambiental, em função da venda da Odebrecht Ambiental para o grupo Brookfield.

A Odebrecht Ambiental, atual BKR Ambiental, recebeu também recursos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para investimentos nos sistemas de Cachoeiro de Itapemirim, Blumenau, Limeira, Rio das Ostras e Rio Claro. Também foram alocados recursos do BNDES na PPP com a Empresa Baiana de Águas e Saneamento (Embasa) para o Sistema de Disposição Oceânica do Jaguaribe em Salvador (Saneamento Ambiental, 2016). Ela também recebeu recursos do Fundo de Desenvolvimento do Nordeste (FNDE), regulamentado em novembro de 2012. O FNDE se destina a empreendimentos de interesse de pessoas jurídicas que venham a ser implantados, ampliados, modernizados ou diversificados na área de atuação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (Sudene), sendo a participação de recursos em infraestrutura, saneamento e abastecimento de água, áreas consideradas prioritárias, até 80% do investimento total do projeto e nas demais áreas 70%. O Banco do Nordeste do Brasil S.A. (BNB) é o operador do referido Fundo.

Os recursos do FNDE, no valor R\$400 milhões, foram disponibilizados também para investimentos da Odebrecht Ambiental em esgotamento na região metropolitana de Recife (RMR), na PPP assinada com a Companhia Pernambucana de Saneamento (Compesa) em 2013, que abarcou 15 municípios (14 da RMR e o município de Goiana, fora dela) e 3,7 milhões de habitantes. Vale lembrar que, para realizar os investimentos previstos, a Odebrecht Ambiental também obteve um empréstimo da Caixa-FGTS no valor de R\$700 milhões.

Os exemplos supracitados mostram que a portaria do Ministério das Cidades de junho de 2013, no âmbito do governo Dilma Rousseff, que possibilitou o acesso de recursos do OGU pelo setor privado para empreendimentos de saneamento básico, não significou uma ruptura com a política anterior. Ao longo da gestão do PT, o setor privado teve acesso facilitado a recursos públicos baratos, isto é, com juros baixos. Já os estados e municípios ficaram sujeitos à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), oficialmente Lei Complementar nº101/2000, que condiciona os investimentos à capacidade de arrecadação de tributos desses entes políticos.

O segundo governo de Dilma Rousseff teve início em 1º de janeiro de 2015 e terminou com seu impeachment em 31 de agosto 2016. No campo da política econômica as mudanças foram claras: o objetivo era estabelecer uma meta de superávit primário para os três primeiros anos de sua gestão, com a possibilidade de cortes no orçamento, ajuste fiscal e juros altos. Essa mudança foi objeto de críticas de parlamentares do próprio PT e de centrais sindicais. O ano de 2015 foi marcado pela paralisação no desenvolvimento de um conjunto de políticas públicas em função do processo de impeachment, iniciado em dezembro de 2015, resultando na cassação do mandato de Dilma Rousseff.

4- A radicalização da visão do saneamento básico como negócio: as propostas do governo Temer

O governo Michel Temer iniciou-se, interinamente, em 12 de maio de 2016, em função do afastamento de Dilma Rousseff da presidência da República até que o processo de impeachment fosse concluído. Temer assumiu definitivamente as atribuições presidenciais sob forte oposição popular. De fato, o governo deu indicações de que não tinha nenhum compromisso com a proposta de saneamento como direito social. Uma das primeiras ações do governo foi desmontar a estrutura de participação e controle social da política nacional de saneamento. O Decreto nº9.076, publicado em 07/06/2017, extinguiu as competências do ConCidades e as transferiu para o Ministério das Cidades. Além disso, o decreto alterou a composição do Conselho ao excluir suplentes, revogando todo o capítulo II do Decreto nº5.790, de 25 de maio de 2006, que criou o colegiado. Ele ainda retirou da Conferência Nacional das Cidades a competência de eleger os membros do colegiado, permitindo que o próximo conselho seja totalmente indicado pelo governo. O Decreto foi publicado em meio ao Ciclo de Conferências das Cidades e às vésperas da data prevista para realização da 6ª Conferência Nacional, em 9 de junho de 2017, e posteriormente adiada para 2019.

A política econômica, a partir do mês de maio, conduzida pelo ministro da Fazenda, Henrique Meirelles, teve como mote o reequilíbrio das contas públicas, por meio de uma redução radical do que foi definido como gasto público. O caminho para implementar essa redução foi o Projeto de Emenda à Constituição (PEC) que, aprovado pelo Congresso e pelo Senado, se converteu na Emenda Constitucional 95, que limita por 20 anos os gastos públicos. Nesse período os gastos do governo só poderão ser reajustados pela inflação do ano anterior, o que implica em não haver crescimento real.

Evidentemente, a redução nos gastos tem implicação nos investimentos públicos em infraestrutura, incluindo o saneamento. O governo anunciou como alternativa a mobilização de recursos do setor privado. Para isso foi criado o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI), comandado pelo secretário com status de ministro, Moreira Franco, que envolve a concessão de rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, obras de energia, saneamento básico e mineração.

No setor de saneamento, a PPI envolve a desestatização das seguintes companhias estaduais de saneamento: Depasa (Acre), Caesa (Amapá), Casan (Santa Catarina), Casal (Alagoas), Cagece (Ceará), Caema (Maranhão), Cagepa (Paraíba), Compesa (Pernambuco), Caern (Rio Grande do Norte) e Deso (Sergipe), que têm

previsão de leilão para o primeiro semestre de 2018; e a Embasa (Bahia), Agespisa (PiauÍ), ATS (Tocantis) e Cosama (Amazonas), cujo leilão estaria previsto para o segundo semestre de 2018.

Como assinala o relatório do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese), é importante salientar que “alguns governadores, como, por exemplo, Rui Costa, da Bahia (SECOM, 2016), e Camilo Santana, do Ceará (O POVO, 2017), têm afirmado que não há interesse em privatizar as empresas estaduais de saneamento, ainda que elas estejam listadas no programa” (Dieese, 2017).

O BNDES é o condutor do PPI no saneamento básico e atua na estruturação de projetos que visem atrair a parceria privada desde a fase de estudos e modelagem até a assinatura dos contratos entre os governos estaduais e as concessionárias. No setor de saneamento o processo foi iniciado com o lançamento do edital para pré-qualificação de consultores que participarão da licitação dos estudos técnicos dos projetos em cada estado para estruturar a forma de participação privada. Os estudos devem apontar os modelos de parceria privada potencialmente viáveis em cada estado, tais como concessões, subconcessões, PPPs e privatização. Em seguida, com o apoio do BNDES, o estado selecionará o modelo a ser detalhado para a realização da futura licitação.

A situação de crise financeira de determinados estados vem sendo um instrumento de pressão do governo federal para induzir adesões ao programa de PPI. O *Plano de recuperação fiscal para os estados* (Lei complementar nº 159/2017, antigo PLP 347) prevê a privatização de ativos estaduais como contrapartida para o recebimento de ajuda financeira da União e visa as companhias estaduais de saneamento. Esse é o caso da Cedae, no Rio de Janeiro. Em 20 de fevereiro de 2017, a Assembleia Legislativa do RJ aprovou o projeto de lei enviado pelo Executivo para autorizar a venda de ações da empresa como contrapartida para viabilizar um empréstimo de R\$3,5 bilhões do governo federal ao estado. Contudo, essa venda tem sido objeto de diferentes questionamentos na justiça.

De fato, o Programa PPI é foco de enormes controvérsias legais. Os grandes ativos das companhias estaduais de água e esgoto são os contratos dos programas estabelecidos com os municípios, sendo esses instrumentos de delegação entre entes públicos. Segundo argumentos jurídicos, a partir do momento que a Companhia Estadual não é mais pública, não valeria o contrato de programa, devendo ser estabelecido um novo acordo, no formato de concessão. Daí a necessidade da modelagem, implementada pelo BNDES, para identificar o modelo mais adequado, que possa ser aplicado sem suscitar recursos jurídicos que o inviabilizem.

A seguir, quadro que apresenta as modelagens contratadas até junho de 2017:

Cia/UF	Consórcio Ganhador
Casal/A L	Ernest & Young Assessoria Empresaria Ltda Felsberg e Pedreti Advogados e Consultores Legais Gonçalves Muzzi Peixoto EMA Engenharia de Meio Ambiente
Caesa/ AP	Pricewaterhousecoopers Serviços Profissionais Ltda Pricewaterhousecoopers Corporate Finance & Recovery Ltda Loeser e portela Advogados EGIS Engenharia e Consultores Ltda PWC Strategy Consultoria Ltda
Caema/AM	BF Capital Assessoria em Operações Financeiras AECOM do Brasil Ltda Azevedo Sette Advogados
Compesa/PE	Banco Factor S/A Concremat engenharia e Tecnologia S/A Vernalha Guimarães e Pereira Advogados Associados
Deso/SE	Machado, Meyer, Sendacz e Opice Advogados Pinheiro, Mourão, Raso e Araújo Filhos Advogados LCA Consultores SS Núcleo de Gestão de Infraestrutura, Engenharia e Serviços Ltda Dórea Mattos Engenharia Ltda

Sobre as propostas do governo Temer para o setor, algumas mudanças no marco regulatório foram sistematizadas no documento elaborado recentemente pela Casa Civil da presidência da República, denominado *Diagnóstico Saneamento*. O mesmo foi parcialmente divulgado, apenas em forma de apresentação e não está disponível em nenhum site oficial do governo. O Dieese sistematizou tais propostas, apresentadas no quadro a seguir:

Propostas do governo federal para o setor de saneamento no Brasil:

1. Uniformização da regulação do setor	Regulação integrada para os quatro componentes do saneamento (água, esgoto, resíduos e drenagem) e centralizada, em nível nacional, por meio da Agência Nacional de Águas (ANA)
2. Racionalização das competências ministeriais e de recursos	Revisão ampla das competências dos diversos órgãos do governo federal envolvidos no saneamento, transferindo a maior parte para o Ministério das Cidades
3. Revisão do Plansab	Revisão do Plano Nacional de Saneamento Básico, nos moldes dos aspectos metodológicos do Plano Decenal de Energia, elaborado pela Empresa de Pesquisa Energética (EPE), atualizado a cada dois anos, com foco na maior participação da iniciativa privada
4. Programa de parceria com a iniciativa privada	Estímulo de parceria com a iniciativa privada para a construção e operação de redes de abastecimento e tratamento de água, esgoto e resíduos sólidos
5. Parcerias estratégicas nas empresas estaduais	Com a participação acionária minoritária do FGTS, BNDESpar, BB e outros fundos de investimentos, estabelecimento de parcerias em que “acordos de acionistas bem estruturados garantiriam os interesses dos sócios privados minoritários”
6. Revisão da Legislação de Consórcios	Revisão da Lei 11.107/2005 para estimular a participação privada no setor
7. Simplificação dos processos de financiamento e de acesso aos recursos do Orçamento Geral da União (OGU)	Revisão de “fluxos processuais com vistas a otimizar os prazos”
8. Gestão da Informação	A ANA passaria a ser responsável pela definição dos indicadores de saneamento e a gestão do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (Snis)
9. Enfrentamento de perdas	Criação de linhas especiais de financiamento com recursos do OGU
10. Estímulo à ligação das residências às redes de esgoto	Alteração da Lei de Saneamento para autorizar cobrança de tarifa pela disponibilidade de infraestrutura
11. Programa de capacitação técnica	Envolvimento da ANA na capacitação das agências estaduais, regionais e municipais
12. Revisão do licenciamento ambiental	Consideração de externalidades positivas no licenciamento das obras. Revisão da Lei de Crimes Ambientais
13. Assentamentos urbanos irregulares de baixa renda	Alteração da Lei de Saneamento para dar segurança jurídica aos investimentos em áreas irregulares. Revisão do Plansab para “comportar possibilidades de enfrentamento da oferta de saneamento inclusive nas favelas”

Fonte: Dieese, 2007

O governo federal afirma que as propostas acima foram feitas a partir da oitiva de agentes do setor, de acordo com o quadro a seguir:

Agosto de 2016	- Início dos trabalhos de diagnóstico a respeito da situação do saneamento básico no Brasil. - Oitiva de diversos agentes públicos e privados do setor de saneamento
Novembro de 2016	- Apresentação do diagnóstico aos Ministros (Casa Civil, Cidades, Saúde, Meio Ambiente, Integração Nacional e Planejamento, Desenvolvimento e Gestão) e validação dos pontos de enfrentamento pelo GT Interministerial.
Dezembro de 2016	- Acórdão 3180/2016-TCU-Plenário
Junho de 2017	- Resposta ao TCU => Encaminhar PL ao CN com propostas de modernização da legislação do setor
Nov/2016 – Jul/2017	- Reuniões do GTI
Setembro/2017 Outubro /2017 Novembro/ 2017	-Resultados do GTI e pontos para decisão -Reuniões de fechamento da proposta com Ministros e Secretários Executivos -Reuniões com o setor e refinamento da proposta

O documento *Diagnóstico do Saneamento*, da Casa Civil, indica os atores do setor que foram ouvidos: Aesbe, Abcon, Instituto Trata Brasil, Ministério das Cidades, Sabesp, Abes, MMA, ANA, Funasa, BNDES e outros Ministérios. Contudo, um levantamento realizado no site da Casa Civil permitiu aferir que foram realizadas reuniões com outros atores: a Confederação de Municípios (CNM), em agosto de 2016; e a Assemae, em 27 de outubro de 2016. Entretanto, não foram ouvidos representantes dos movimentos sociais organizados.

Como mostra o quadro com a linha cronológica do debate de dezembro de 2016, foi publicado o acórdão do TCU 3180/2016 que trata de auditoria realizada no Ministério das Cidades com o objetivo de avaliar a contribuição das políticas e ações federais relativas ao serviço de esgotamento sanitário no país para a gestão eficiente dos recursos hídricos. Dentre as determinações do acórdão destacam-se as referentes à Casa Civil da Presidência da República, para que a mesma: (i) institucionalize instância interministerial de coordenação, articulação e integração entre os atores responsáveis pelas principais ações na área de saneamento básico, a exemplo da Sala de Coordenação e Acompanhamento da Política de Saneamento Básico prevista no Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab); (ii) defina de forma consolidada os limites de atuação dos órgãos e instituições federais que possuem competências para fomentar melhorias nos sistemas de esgotamento sanitário, inclusive quanto ao perfil dos municípios a serem atendidos; (iii) apresente ao TCU, no prazo de até 180 dias, o devido plano de ação para a implementação dessas medidas, com a definição dos responsáveis e dos prazos para cada uma das ações previstas no referido plano.

A resposta ao TCU foi encaminhar um Projeto de Lei ao Congresso Nacional com propostas de modernização da legislação do setor. Contudo, a proposta não foi encaminhada como Projeto de Lei, mas como Medida Provisória (MP).

Essa proposta, via MP, é bastante recente, no entanto é necessário mencioná-la tendo em vista que: (i) ela revela a política do atual governo federal para o setor; e (ii) sua aprovação pode modificar completamente a estrutura institucional da gestão dos serviços de saneamento básico. A MP ainda sem número “altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, que dispõe sobre a criação da Agência Nacional de Águas (ANA), e a Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico”.

Documento da Casa Civil, com data de sete de novembro de 2017, indica as motivações da mudança: universalização do acesso aos serviços; expansão dos investimentos públicos e privados no setor; maior

previsibilidade regulatória com segurança jurídica para investimentos no setor; mais eficiência (redução de perdas e maior utilização da rede) e qualidade na prestação dos serviços. O mesmo documento traz um quadro explicitando o processo de discussão realizado para a formulação da MP.

O primeiro aspecto que chama atenção é a mudança em formato de Medida Provisória para modificar o quadro legal que regulamenta o setor de saneamento. A MP é um instrumento com força de lei, adotado pelo presidente da República, em casos de relevância e urgência. Ela produz efeitos imediatos, mas depende de aprovação do Congresso Nacional para sua transformação definitiva em lei².

A estrutura de discussão da proposta, apresentada no quadro acima, evidencia a falta de debate público, sobretudo se comparado ao tempo de maturação da Lei 11.445/2007 e ao debate público que ensejou tanto o projeto de lei que a precedeu (ele sofreu mais de 800 emendas a lei aprovada) como seu decreto de regulamentação.

É fato que qualquer lei pode ser aperfeiçoada, mas não está clara a razão para a urgência da Lei 11.445/2007 na forma de uma MP, sobretudo no contexto de um governo cuja legitimidade vem sendo questionada, e com forte rejeição da sociedade civil no geral. Se o objetivo é atrair investimentos com vistas à universalização, a possibilidade da MP, a ser discutida no Congresso, pode ter o efeito contrário, gerando um ambiente de insegurança e instabilidade no setor.

Como mostra o item a seguir (visão dos atores) os principais atores do setor manifestaram discordância com diferentes aspectos da MP; apenas a Abcon mostrou-se favorável à MP. Segundo o vice-presidente da Abcon, Alexandre Lopes, “o projeto incentiva competição e aumento dos investimentos na área”³.

Levantamos, a seguir, os principais pontos controversos:

A regulação:

A MP estabelece a centralização da função de regulação na Agência Nacional de Águas (ANA), que passa a ser responsável pela instituição de diretrizes nacionais para a regulação da prestação dos serviços públicos de saneamento básico e pelo estabelecimento de regras para a sua atuação, estrutura administrativa e fontes de recursos. Segundo a MP, as diretrizes regulatórias para o setor de saneamento básico estimularão:

I- a livre concorrência, competitividade, eficiência e sustentabilidade econômica na prestação dos serviços; e

II- a prestação, contratação e regulação dos serviços por meio da gestão associada e da prestação regionalizada dos serviços entre os entes federativos, sempre que tais modalidades contribuam para a universalização dos serviços ou para a modicidade tarifária.

Os termos grifados acima podem excluir municípios que queiram manter sua prestação na forma de serviço público municipal ou delegá-los a companhias estaduais de saneamento básico (Cesbs), colocando condições para a gestão associada, que não estavam indicadas na Lei 11.445/2007.

Mesmo sendo controversa em sua essência, alguns aspectos para a garantia da equidade na prestação de serviços presentes na MP merecem ser destacados: (i) as diretrizes de regulação tarifária estabelecerão o compartilhamento dos ganhos de produtividade com os usuários dos serviços de saneamento básico e, quando

² O prazo de vigência de uma MP é de sessenta dias, prorrogáveis uma vez por igual período. Depois de aprovada na Câmara e no Senado, a Medida Provisória – ou o projeto de lei de conversão - é enviada à Presidência da República para sanção. O presidente tem a prerrogativa de vetar o texto parcial ou integralmente, caso discorde de eventuais alterações feitas no Congresso.

³ disponível em: <https://radiocaraiba.com.br/noticia/proposta-de-regulacao-saneamento-opoe-estatais-e-iniciativa-privada>, acesso em: 8/12/2017.

couber, mecanismos de subsídios para as populações de baixa renda, para possibilitar a universalização dos serviços; (ii) as diretrizes regulatórias para o setor de saneamento possibilitarão a adoção de métodos, técnicas e processos adequados às peculiaridades locais e regionais, mediante a utilização das tecnologias apropriadas; (iii) e (vi) a ANA zelará pela instituição de diretrizes regulatórias nacionais que promovam a prestação adequada dos serviços de saneamento básico com atendimento pleno aos usuários, em observância aos princípios da regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade, cortesia, modicidade tarifária, utilização racional dos recursos hídricos e universalização dos serviços públicos de saneamento básico.

Mesmo que essa diretrizes sejam louváveis, não está claro o porquê da instituição de uma agência nacional de regulação, que seria a já existente ANA. Ela, que foi criada com a função de atuar na regulação da gestão de recursos hídricos, viria a assumir a regulação do setor de saneamento. Mesmo apresentando fortes interfaces, recursos hídricos e saneamento são dois sistemas institucionais diferentes: o primeiro regulado pela Lei das Águas (9.433 de 1997) e o segundo pela Lei.11.445/2007. A MP mistura dois marcos legais e cria um ambiente de instabilidade sobre as responsabilidades com relação a quem deve emitir diretrizes regulatórias.

Como explicitado por Ribeiro (2017), a expressão diretriz sugere a noção de hierarquia. Com isso, agências reguladoras de saneamento estadual, como a Aserp de São Paulo, ou intermunicipal, como a ARIS de Santa Catarina, estariam obrigadas a adotar as diretrizes estabelecidas pela ANA. Ribeiro ressalta a diferença entre editar normas de referência que, voluntariamente, receberiam a adesão dos reguladores e dos demais entes da Federação, e o estabelecimento de diretrizes de regulação (RIBEIRO, 2017).

Pela Lei 11.445/2007, cabe ao município, titular dos serviços, escolher a estrutura de regulação mais adequada à sua realidade. A mudança impõe uma normatização nacional, e uma homogeneização, que seria uma “agência nacional de regulação”, o que não é compatível com a estrutura atual de prestação de serviços e pode representar uma ingerência do governo federal na autonomia municipal. Os contratos de delegação hoje vigentes (de programa ou de concessão) foram estabelecidos com normas editadas pelas agências existentes. Eles perderiam sua validade?

A questão da regulação da prestação dos serviços é um tema de extrema importância no âmbito do quadro normativo do setor de saneamento básico e demanda reflexão e aperfeiçoamento. Atualmente, existem agências reguladoras estaduais, intermunicipais na forma de consórcio, e municipais com maior ou menor eficiência nas suas funções, e com maior ou menor abertura à participação social. No entanto, não há evidência de que uma agência reguladora nacional traria uma efetiva melhora nesse componente da gestão dos serviços.

Vale ainda lembrar que a ANA é subordinada ao Ministério do Meio Ambiente e que, pelo arcabouço legal atual (Lei 11.445/2007, o decreto de regulação e o Plansab) conferem ao Ministério das Cidades a atribuição de definir diretrizes para o saneamento básico. O Ministério das Cidades possui um departamento para esta finalidade.

A nova estrutura – questões operacionais:

Em termos operacionais, a MP determina que a ANA terá o acréscimo de 26 servidores para executar todas as novas competências para ela previstas, o que pode não ser suficiente. Provavelmente, na execução de suas novas competências, a ANA deverá contratar serviços de terceiros, especialmente de consultorias.

Através da MP, o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (Snis), o antigo Sinisa, é transferido do Ministério das Cidades para a ANA. Tendo em vista as dificuldades atuais, é possível que essa providência venha, inclusive, melhorar o Snis, que poderá contar com recursos e estrutura administrativa que hoje não possui. Contudo, um dos efeitos da mudança é que o planejamento do saneamento ficará no Ministério das

Cidades e o sistema de informações na ANA, o que demandará forte articulação interministerial, que hoje não está dada.

As mudanças no contrato de programa:

Segundo o artigo 10-A da MP, “nas hipóteses legais de dispensa de licitação, antes da celebração de contrato de programa, previsto na Lei nº 11.107, de 2005, o titular dos serviços publicará edital de chamamento público visando angariar a proposta mais eficiente e vantajosa para a prestação descentralizada dos serviços públicos de saneamento”.

Esse artigo subverte a lógica que fundamenta o contrato de programa que estabelece uma estrutura para a cooperação entre entes públicos; impede, ainda, que um município coopere com o outro ente público, para que haja a prestação direta. Ele prejudica diretamente as companhias estaduais, que passarão a disputar os municípios com a iniciativa privada; tanto as companhias estaduais como as privadas poderão participar do chamamento público lançado pelo município.

Facilita o programa de PPI:

O Artigo 8-B da MP permite que os contratos entre empresas estaduais e municípios continuem valendo, mesmo com a alienação do controle acionário da companhia estadual, que viria através do programa de PPI. Esse fato fragiliza a autonomia da titularidade dos municípios, que não poderão decidir se querem ou não continuar delegando os serviços para companhias estaduais que sejam privatizadas

O Artigo 11-A elimina a participação do Poder Legislativo nas decisões sobre a subdelegação dos serviços; o texto afirma que o prestador do serviço de saneamento, com a autorização do titular, poderá subdelegar o objeto contratado, por intermédio apenas de ato do Poder Executivo. Isso significa que as subdelegações podem ocorrer sem participação dos representantes eleitos pelo voto popular.

Apesar das dificuldades de avaliação de uma política pública em andamento, e da instabilidade no âmbito do Ministério das Cidades, pode-se afirmar que a política de saneamento do governo Temer não tem como referência lógica saneamento como direito. Essa característica é identificada no desmonte do Conselho das Cidades, na instituição do programa de PPI, sem nenhum debate com a sociedade, na redução dos recursos disponibilizados, e na proposta de MP, acima analisada.

5- Os atores coletivos do setor saneamento e suas propostas para a área

Nesse item procuramos levantar os principais atores coletivos capazes de influenciar os rumos da política nacional de saneamento e suas propostas para o setor. Entende-se que os rumos dessa política passam necessariamente por propostas do executivo, aprovadas pelo legislativo. No entanto, reconhecendo o saneamento como um campo político, onde estão presentes diferentes atores, que se movimentam e se articulam em coalizões de interesses, é importante identificar os mesmos e examinar suas propostas. Para essa identificação, adotamos aqui o conceito de ator coletivo de Le Galès (2003) que enumera cinco critérios para caracterizá-los: (i) um sistema coletivo de tomada de decisão; (ii) interesses comuns; (iii) mecanismos de integração; (iv) representação interna e externa do ator coletivo; e (v) capacidade de inovação. As propostas dos atores coletivos foram identificadas a partir da análise de documentos oficiais, produzidos pelas entidades e divulgados em diferentes veículos (boletins, relatórios, sites, revistas, congressos), e a sistematização da fala dos diretores das entidades em eventos públicos.

5.1 -Prestadores

5.1.1- As Companhias Estaduais de Saneamento

As companhias estaduais de saneamento são atores-chave do setor, atendendo com abastecimento de água a maior parte da população brasileira. Elas atuam em 4.030 municípios, atendendo cerca de 74,2% da população urbana brasileira em abastecimento de água e 66,6% desse universo com esgotamento sanitário (considerando a população que dispõe desses serviços), conforme dados do Snis/2015.

As Cesbs não formam um conjunto homogêneo, sendo controladas pelos governos estaduais, suas posições e estratégias diante da construção da política nacional de saneamento sofrem influência do grupo político que controla o governo estadual. No entanto, as Cesbs têm um órgão que representa seus interesses: a Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento (Aesbe), uma entidade civil sem fins lucrativos, criada em 1984. Esse seria, portanto, o ator coletivo que representa os interesses das Cesbs, cuja diretoria é controlada pelas companhias estaduais consideradas mais importantes. Já a Aesbe é a porta voz dessas Cesbs.

Na caracterização das Cesbs observa-se que, apesar de, em sua maioria, serem empresas públicas tendo os estados como acionistas majoritários, ao longo do período analisado, algumas prestadoras públicas passaram por processos de transformação, se modernizando. Essas são as que têm hegemonia na Aesbe.

Uma primeira mudança notada no processo de modernização foi a associação com o setor privado através da realização de Parcerias Público-Privadas (PPs). Destacamos a PPP entre a Embasa e o consórcio Jaguari-be, liderado pela BRK Ambiental, antiga construtora Odebrecht, para a construção do emissário submarino de Salvador; a PPP entre a Sabesp e a CabSpat (empresa formada pela Galvão Engenharia S.A. e Companhia Águas do Brasil), dos Sistemas Alto Tietê e São Lourenço, em São Paulo, para a ampliação da produção de água; o Cidade Saneada, na Grande Recife, com a PPP para a construção de sistemas de coleta e tratamento de esgotos na RMR, entre a Compesa e a Foz do Brasil Odebrecht Ambiental (hoje BRK Ambiental); a concessão do sistema de coleta e tratamento de esgoto nas cidades do Rio de Janeiro (Região Oeste-AP5) e Maceió; a PPP feita entre a Copasa e a Odebrecht Ambiental (hoje BRK Ambiental) para o aumento da Produção de Água na Bacia do Rio Manso, que atende a região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH); a PPP estabelecida pela Cesan para a ampliação, manutenção e operação do sistema de esgotamento sanitário do município de Vila Velha e da prestação de serviços de apoio à gestão comercial da companhia no município; a PPP entre a Casal e um consórcio formado pela Sanama-Saneamento Alto Maceió e GS Inima para implantação, manutenção e operação de sistema de esgotamento sanitário em Maceió (ABCON SINDCOM, 2015).

Uma outra mudança foi a composição acionária das companhias estaduais: a Sabesp, Copasa e Sanepar abriram seus capitais, respectivamente, em 2002, 2006 e 2000.

Nas duas primeiras, os dois estados detêm a maioria do capital: São Paulo com 50,3% e Minas Gerais com 51,13%, sendo o resto das ações fragmentado entre acionistas nacionais e internacionais. Já a composição acionária atual da Sanepar se dá da seguinte maneira: estado do Paraná com 51,4%, Dominó Holdings com 12,2%, Copel com 7,6%, fundo garantidor PPP-PR com 7,3%, Andrade Gutierrez Concessões com 2,1%, City Group ventures com 2,0%, prefeituras municipais com 0,5%, e outros com 16,9%.

Além da Sabesp e da Copasa e Sanepar, em 2011 o governo do estado de Santa Catarina decidiu colocar à venda 49% das ações da Companhia de Água e Saneamento (Casan). Essas ações pertenciam à Companhia de Energia Elétrica de Santa Catarina (Celesc), SC Parcerias (SCPar) e Companhia de Desenvolvimento de Santa Catarina (Codesc), todas estatais. Tal caso exemplifica o processo, pois, para executar o plano, o Poder Executivo enviou à Assembleia Legislativa um projeto de lei para abertura de capital da estatal, acompanhado de uma proposta de emenda à Constituição Estadual que desobrigava a realização de prévia consulta popular

para alteração de controle acionário da Companhia Estadual. A Assembleia Legislativa aprovou tal proposta, os deputados também aprovaram a derrubada de uma emenda constitucional, criada em 2010, que previa a realização de um plebiscito em caso de alienação de ações da Companhia. Contudo, até o final de 2015, não houve mudança na estrutura acionária da Companhia. Em março de 2017, o BNDES publicou edital para contratar serviços técnicos para estruturação de projetos de concessão da Companhia à iniciativa privada no âmbito do Programa de Parcerias de Investimentos (PPI) do atual governo federal que será analisado mais adiante.

O governo do estado do Espírito Santo também decidiu abrir o capital da Cesan, sendo a mesma aprovada pelos deputados em dezembro de 2015. O governo do estado buscou ampliar a capacidade de investimento da estatal, disponibilizando 49% do controle acionário da Companhia para investidores. Em 2017, a Saneago também anunciou que planeja abrir seu capital, sendo que a estratégia, inicialmente, seria disponibilizar 25% do capital da Empresa ao mercado, com possibilidade de ampliar até o máximo de 49%, mantendo o estado de Goiás no controle acionário da Empresa.

Uma questão central é a relação de aporte de recursos com a abertura de capital e investimentos com vistas à universalização. O argumento para a abertura de capital das Cesbs é o aporte de recursos que esse mecanismo propicia. No entanto, não está comprovado que os mesmos são mobilizados para a universalização do acesso aos serviços. A abertura de capital imprime uma outra lógica à empresa, que passa a ter que pagar dividendos aos acionistas. O trabalho de Oliveira sobre a abertura de capital da Copasa corrobora essa afirmação (Oliveira, 2015). Na mesma linha, análises realizadas sobre a crise hídrica de São Paulo indicam que o fato de ter que responder a uma lógica de mercado impactou negativamente na capacidade da Sabesp de enfrentar o problema⁴.

O movimento de determinadas companhias estaduais, no sentido da adoção de uma lógica empresarial, não se limita à abertura de capital. Uma outra mudança diz respeito às novas relações entre empresas privadas e companhias estaduais. Em São Paulo, a Sabesp e a Foz do Brasil (hoje BRK Ambiental), formaram uma associação na figura de uma Sociedade de Propósito Específico (SPE) e assinaram um contrato com a Prefeitura de Mairinque para operar os serviços públicos de água e esgoto do Município. Na SPE, criada em 2010 e denominada Saneaqua Mairinque, a Sabesp e a Foz do Brasil têm, respectivamente, 30% e 70% em participação societária. Para a prestação dos serviços públicos de água e esgoto em Andradina, a Sabesp se associou à CAB Ambiental, formando o consórcio Águas de Andradina, em setembro de 2010. Em Mogi Mirim foi criado o Serviços de Saneamento de Mogi Mirim S/A (Sesamm), empresa concessionária responsável pelos serviços públicos de tratamento e destino final dos esgotos sanitários da cidade. Observa-se, portanto, a clara estratégia da Sabesp de formar SPEs, para se associar a empresas privadas na prestação de serviços e garantir sua atuação em determinados municípios paulistas.

Seguindo esse formato de parceria com o setor privado para atendimento de um município, porém com estrutura diferente, em 2015, a Copasa celebrou contrato de Parceria Público-Privada (PPP), na modalidade de concessão administrativa, para ampliação e operação parcial do sistema de esgotamento sanitário do município de Divinópolis.

Um outro modelo de parceria com o setor privado é o adotado em Goiás pela Saneago que iniciou procedimento licitatório a fim de terceirizar a exploração e ampliar o serviço público de esgotamento sanitário e as ações comerciais do serviço público de abastecimento de água em um conjunto de municípios do estado (Rio Verde, Jataí, Aparecida de Goiânia e Trindade) com autorização dos prefeitos. A licitação foi ganha pelo Consórcio Foz Goiás Saneamento (Foz do Brasil-Odebrecht, hoje BRK Ambiental, Construtora Norberto Odebrecht Brasil e Construtora Central do Brasil).

⁴ Disponível em: <https://diplomatie.org.br/a-crise-e-maior-do-que-a-chuva/>. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/blogs/blog-do-se-rapiao/do-cantareira-para-a-bolsa-de-nova-york-976.html>.

Diante do movimento de abertura de capital das companhias estaduais fica a questão do caráter de ente público dessas empresas. Para prestar serviços, elas se orientam pela modalidade convênio de cooperação/contrato de programa, o que as exime de licitação, garantindo, de certa forma um mercado cativo entre os municípios localizados em seus territórios. Contudo, suas estratégias de mercado não diferem das adotadas pelas empresas privadas. Esse tema foi objeto da proposta de MP do governo Temer de modificação da Lei 11 445/2007. A Aesbe, em carta sobre a proposta de MP encaminhada ao governo federal e datada de 6/11/2017, não se manifestou sobre o item 10.A da emenda que trata do tema. Já a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária (Abes) - ator que descreveremos a seguir, com forte ligação com as empresas estaduais -, em carta escrita em 30/10/2017 manifestou seu desacordo, solicitando a exclusão do artigo. Interessante notar que os dois documentos são assinados por Roberto Tavares de Souza, presidente da Aesbe e da Abes e diretor presidente da Companhia Estadual de Pernambuco (Compesa).

As propostas das companhias estaduais:

Independentemente dos desdobramentos da MP do governo Temer, identificamos as seguintes propostas das companhias estaduais para alavancar o setor de saneamento:

- (i) Centralização dos recursos para o saneamento, em um único ministério responsável pelo desenvolvimento do saneamento no país, centralizando a política nacional e gerindo os recursos para o setor;
- (ii) Simplificação dos processos de financiamento e criação de um calendário permanente de acesso a recursos, com definição de cotas por estado e eliminação da duplicidade de análise de propostas, reduzindo de dois para pelo menos um ano o tempo para contratação de recursos para novos investimentos;
- (iii) Criação de um fundo garantidor de locação de ativos com o objetivo de viabilizar a participação de capital privado nos investimentos do setor; o fundo garantidor de parcerias público-privadas e locação de ativos possibilitaria estender a prática para operadores com menor poder de negociação. Observa-se aqui que a Aesbe vê nas PPPs com o setor privado uma alternativa para alavancar recursos, com vistas à ampliação e melhoria dos serviços. A questão em voga é saber qual o melhor modelo de PPP para cada situação;
- (iv) Estabelecimento de linhas de crédito para desenvolvimento operacional com a criação de linhas de financiamento e recursos não onerosos para combate a perdas e aumento da eficiência operacional;
- (v) Aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento/Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico (Snis/Sinisa); a Aesbe ressalta a necessidade de adequar o sistema atual para um conjunto de indicadores de apuração mais rápida e que possibilitem a percepção das melhorias executadas.

A Aesbe também se manifesta com relação à multiplicação de agências de regulação. Para a Associação, “existe discricionariedade no estabelecimento das exigências impostas por essas agências. Isso decorre da ausência de normas que parametrizem o comportamento das agências reguladoras. Como resultado disso, observamos o comprometimento da efetividade da regulação” (Revista Saneamento, agosto de 2014, p.6). Contudo, a Aesbe discorda da proposta de MP que passa para a Agência Nacional de Águas a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes nacionais para a regulação da prestação de serviços públicos de saneamento básico, argumentando que a Agência é uma autarquia, além de ser vinculada ao Ministério do Meio Ambiente. Como saneamento básico não é atribuição do citado Ministério, a incumbência de tal responsabilidade à ANA seria incompatível com a estrutura institucional atual de Ministérios, podendo gerar conflitos de atribuições.

5.1.2 - Os serviços públicos municipais

Dados do Snis 2015 indicam a existência de 1310 prestadores locais de direito público, entre autarquias (serviços autônomos municipais) e prestação direta, 13 prestadores locais de direito privado com administração pública. Ainda segundo o Snis, existem 3 prestadores regionais de direito público. Já os prestadores locais são mais numerosos nas regiões Sudeste e Sul do país. Eles atendem com abastecimento de água aproximadamente 22,6% e com coleta de esgoto 25,6% da população brasileira que dispõe desses serviços.

Os serviços municipais são representados pela Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assemae), uma organização não governamental sem fins lucrativos, criada em 1984. A entidade busca o fortalecimento e o desenvolvimento da capacidade administrativa, técnica e financeira dos serviços municipais de saneamento responsáveis pelos sistemas de abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo dos resíduos sólidos e drenagem urbana.

Ao longo da gestão do PT, a Assemae teve participação intensa no ConCidades, defendendo os princípios do saneamento básico como direito e a gestão democrática dos serviços. As assembleias e congressos anuais da Assemae podem, em certa medida, ser caracterizados como um fórum de resistência à lógica do saneamento básico como negócio, mostrando a viabilidade da gestão do saneamento básico por meio de serviços públicos municipais, em que prevalece o atendimento à população. A Assemae apresenta uma posição coletiva, no entanto existem divergências, pois determinados serviços municipais filiados defendem e adotam as PPPs como alternativa para viabilizar a ampliação do acesso aos serviços.

As propostas da Assemae:

A posição da entidade pode ser averiguada nas cartas e documentos oficiais aprovados nas assembleias e congressos anuais. Analisando tais documentos, entre os anos de 2010 e 2017, é possível identificar os seguintes posicionamentos:

- A continuidade do processo de fortalecimento institucional do saneamento básico no âmbito do Poder Executivo Federal, assim como a finalização do ciclo de implementação da nova política pública de saneamento básico, iniciado com a criação da SNSA e do Ministério das Cidades, reforçando o papel desse órgão e estabelecendo uma melhor organização dos órgãos federais relacionados ao tema.
- A definição de linhas estáveis e permanentes de financiamentos para setor, o que implica na continuidade de liberação dos recursos selecionados do PAC 2 e a abertura dos editais do PAC 3, além da criação de um fundo nacional para a universalização do saneamento básico.
- A flexibilização das regras para a concessão de recursos financeiros aos entes públicos como parte de uma política de investimentos inclusiva e cidadã, que tenha como marca a oferta de recursos a municípios que hoje não tem condições de atender às exigências dos órgãos financiadores. É defendido assim, o fim da exigência das contrapartidas dos municípios para obtenção de recursos.
- É reivindicada uma nova postura na alocação de recursos públicos que inclua: (i) o aperfeiçoamento de critérios de racionalidade social na hierarquização de projetos; (ii) procedimentos de controle social-democrático no processo de alocação de recursos; (iii) transparência em todas as fases do processo; (iv) subordinação da seleção dos projetos, em especial das emendas parlamentares aos critérios de planejamento; e (v) reavaliação da prática de emprego de recursos públicos para prestadores de serviços que têm objetivo de lucro e que promovem evasão de divisas do setor.

- O estabelecimento de programas contínuos de desenvolvimento institucional e capacitação técnica para os prestadores públicos de saneamento básico, que levem à eficiência e sustentabilidade desses prestadores, caminho para alcançar a universalização do atendimento à população, com destaque para a importância do programa Saneamento Estruturante do Plansab.
- A implementação do Programa Nacional de Saneamento Rural, em fase de elaboração pela Funasa/UFMG, buscando o cumprimento de ações governamentais para o abastecimento de água, esgotamento sanitário, melhorias sanitárias domiciliares, manejo de resíduos sólidos, educação e mobilização social nas áreas rurais e comunidades tradicionais.
- A titularidade municipal; o município é a legítima unidade territorial responsável pelo saneamento básico, no entanto, a ação do município deve estar integrada às regiões nas quais se insere. Ressalta-se a importância da conjugação de esforços entre União, estados e municípios, sem perder a perspectiva da titularidade dos serviços para os municípios.
- O apoio do governo federal à elaboração de estudos e incentivos para o desenvolvimento de tecnologias alternativas que promovam o barateamento (com qualidade) na implantação dos serviços públicos de saneamento básico, garantindo, assim, a aceleração no processo de universalização.
- A reavaliação dos modelos tarifários predominantes para os serviços públicos de água e esgoto, à luz dos critérios de inclusão social, com a melhor avaliação da aplicação das tarifas sociais, a maior efetividade social dos subsídios cruzados, a eventual implantação de subsídios diretos e a adoção de políticas afirmativas para populações particularmente marginalizadas.
- A água não é um produto e, portanto, o seu acesso para consumo humano é essencial, constituindo um direito básico, bem público e social. Por esse motivo, não deve ser pensada como mercadoria.
- A necessidade de um monitoramento permanente e cuidadoso das variadas formas de privatização e a avaliação de seu impacto na prestação dos serviços, no fluxo de capitais e no eventual retrocesso na trajetória de avanço do setor.
- A posição contrária às parcerias público-privadas, definidas como uma forma refinada dos setores privados se apropriarem do serviço público de saneamento básico, sem as responsabilidades intrínsecas à gestão.
- A ampliação de mecanismos democráticos de participação e controle social, avançando ainda mais com a qualificação da participação e apropriando-se da reflexão desenvolvida em outros setores.
- A posição contrária à política de contingenciamento de recursos públicos que vem sendo colocada em prática pelo governo federal.
- Defende a busca de novas fontes de financiamento para o setor, como a cobrança pelo uso dos recursos hídricos, o fundo de universalização e a desoneração de encargos fiscais.

5.1.3 - As empresas privadas

Dados do Snis 2007, ano que marca o início do período analisado, indicavam a presença de 63 concessões privadas de serviços públicos de água e esgotos em operação no país, sendo que a maioria delas entrou em vigor entre 1995 e 2002. Dados da Abcon de 2010 indicavam a existência de 67 concessões plenas de serviços públicos de abastecimento de água e/ou de esgotamento sanitário de municípios a operadoras privadas.

Já em 2016, dados da Abcon indicavam 316 municípios brasileiros com atuação de empresas privadas em

258 contratos firmados, sendo 78 por meio de assistência técnica. Observa-se portanto, no período analisado, um efetivo incremento da população atendida por operadores privados, considerando as diferentes formas de contratos: concessão plena, concessão parcial, PPP e BOT.

A evolução da participação privada por meio de contratos de concessão, sejam esses parciais (água ou esgoto) ou plenas (água e esgoto) está apresentada no quadro 3.

Quadro 3: Evolução de concessões a empresas privadas de serviços públicos de água e esgoto, por estado, entre 2007 e 2016

Estado	2007		2016	
	Concessões Parciais	Concessões Plenas	Concessões Parciais	Concessões Plenas
Rondônia	-	-	-	4
Amazonas	-	1	-	1
Pará	1	5	1	7
Tocantins	3	44	3	44
Mato Grosso	5	24	5	32
Mato Grosso do Sul	-	1	-	1
Espírito Santo	-	1	1	1
Rio de Janeiro	2	13	4	14
São Paulo	9	6	8	21
Santa Catarina	1	1	2	6
Rio Grande do Sul	-	-	-	2
Paraná	-	1	-	1
Minas Gerais	-	3	-	4
Maranhão	-	-	-	3

Fonte: Abcon, 2016.

Apesar da prevalência de uma atuação em cidades de porte médio, a participação privada também se faz presente em cidades de grande porte e em metrópoles, por meio de PPPs ou concessões administrativas. As PPPs são decididas pelo Poder Público juntamente com o prestador (companhias estaduais ou autarquias municipais), sendo o objeto a prestação de serviço público no todo ou em parte, precedido ou não de obras; a remuneração é paga totalmente pelo Poder Público conforme as unidades definidas de uso ou os critérios de desempenho; o valor mínimo é R\$20 milhões; o prazo mínimo é de 5 anos e o máximo de 35 anos, devendo o mesmo ser definido pelo instrumento que regulamenta a PPP. Não há obrigação legal de discussão pública sobre a decisão de fazer ou não a PPP; os municípios que são atendidos pela prestadora que realiza a PPP não são chamados a participar da decisão. A forma de regulação é definida no contrato de PPP.

As empresas do setor privado têm na Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (Abcon) o órgão que representa seus interesses. Fundada em agosto de 1996, a Abcon congrega empresas privadas prestadoras de serviços públicos de água e esgoto, bem como outras empresas ligadas direta ou indiretamente à cadeia produtiva do setor de saneamento básico. Em 2001, foi fundado o Sindicato Nacional das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto (Sindcon) para atuar como braço técnico da Abcon.

Ainda no que diz respeito à atuação do setor privado, cabe destacar o papel desempenhado pelo Instituto Trata Brasil. Esse instituto é uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), formado em 2007 por empresas privadas com interesse no saneamento básico e na proteção dos recursos hídricos do país,

segundo o site da instituição). Essa Oscip tem como associados o setor empresarial privado que tem interesse nas questões do saneamento básico: Abiquim; Acqualimp; Aegea; Amanco; Bauminas; Braskem; Cab Ambiental; Coca-Cola Brasil; GS Inima Brasil; Itron; Mizumo; Pam Saint Gobain; Solvay Indupa; Tigre; e Unilever. O Trata Brasil vem ganhando grande legitimidade junto à mídia e aos governos estaduais, como entidade produtora de estudos qualificados, embora a maioria deles com dados secundários gerados por instituições governamentais, e como defensora da ampliação da participação privada no setor de saneamento. A criação do Trata Brasil, e sua capacidade de penetração na mídia, mostra a forte estratégia do setor privado de se constituir como coletivo e representar seus interesses.

Diante do fortalecimento da participação do setor privado, cabe avaliar o perfil dessas empresas, entendo, porém, que as mais importantes, em função da Operação Lava-Jato reduziram sua participação ou deixaram de atuar no setor saneamento. Essas mudanças são, contudo, muito recentes, tendo ocorrido ao longo do ano de 2017, e serão apresentadas mais adiante.

Uma parte delas tem origem em grandes empresas construtoras brasileiras que investiram pesadamente no setor saneamento, com a criação de novas empresas, como a Foz do Brasil (do Grupo Odebrecht, hoje BRK Ambiental), e a Cab Ambiental (parte do grupo Queiroz Galvão) apenas para operar neste setor. Nele, destacam-se ainda as empresas Águas do Brasil, Aegea e GS Inima. O Quadro 4 apresenta um perfil das principais empresas:

Quadro 4: Perfil das empresas privadas que passaram a atuar no setor saneamento

Empresa/	Ano de fundação e áreas de atuação	Representantes formais	Locais de atuação	Contingente populacional atendido	Fontes de financiamento
Odebrecht Ambiental	Atua desde 2009 como acionista da Foz do Brasil S.A., prestadora de serviços de água e esgotos. Em 2013, após tornar-se sócia majoritária da empresa, altera sua razão social para Odebrecht Ambiental S.A.	Odebrecht Ambiental S.A.	Presente em 186 municípios localizados em 12 Estado (SP, RJ, MG, ES, SC, RS, BA, TO, PA, PE, GO, MA)	Em 2015, a população atendida atingiu 17 milhões de pessoas (Abcon, Sindcon, 2015)	CEF/FGTS (Programa Saneamento Para Todos), FI-FGTS, BNDES[2], FNDE, Debentures
Águas do Brasil	Atua desde 1995, com a associação de quatro empresas da área de engenharia e obras públicas. É líder no setor de concessões privadas de serviços de água, coleta e tratamento de esgotos	Developer S.A.: Grupo 100% nacional, formado pela Carioca Engenharia, Queiroz Galvão Saneamento, New Water e Construtora Cowan S.A.	Estado do Rio de Janeiro: Paraty, Petrópolis, Araruama, Saquarema, Silva Jardim, Campos dos Goytacazes, Niterói, Resende e Nova Friburgo; possui o cocontrole da Foz Águas 5, que opera na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro	Em 2015, a população atendida era de aproximadamente 5.940.000 habitantes (relatório da empresa)	BNDES (Finame e Finem), Itaú, Fecam, Eletronuclear e recursos próprios

Empresa/	Ano de fundação e áreas de atuação	Representantes formais	Locais de atuação	Contingente populacional atendido	Fontes de financiamento
Aegea	Atua desde 2005, ano da aquisição da Aguas Guariroba, em Campo Grande (MS). É a terceira maior empresa privada que opera serviços de água e esgotos no Brasil	Grupo Equivap : majoritariamente representado por uma corporação familiar; os minoritários são fundos vinculados ao Governo de Cingapura e ao Banco Mundial	Atua em 41 municípios situados em oito estados: RO, PA, MA, MT, MS, SP, RJ, SC	5 milhões de pessoas atendidas (site da empresa)	Banco Mundial/ International Finance Corporation-IFC; e o BNDES
CAB Ambiental	Atua desde 2006, quando foi criada pelo Grupo Galvão Engenharia, para ser gestora de concessões e PPPs em serviços públicos de água e esgoto	O Grupo Galvão detém o controle acionário da empresa; o BNDES Participações S.A. detém 33,42% do capital da empresa	Está presente em cinco estados brasileiros, São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina e Alagoas, por meio de 18 operações	Atendem, direta ou indiretamente, cerca de 6,6 milhões de pessoas	BNDES
GS Inima	Atua desde 1995 nas concessões de Limeira e Ribeirão Preto. É especializada em atividades ambientais, associadas ao tratamento de água	Grupo de capital Sul coreano que possui 76 filiais nacionais, das quais oito são de capital aberto (incluindo a GS E&C) e uma rede global de 68 subsidiárias no exterior	Estado de São Paulo: Campos do Jordão, Mogi Mirim, Ribeirão Preto, Paraibuna, Santa Rita do Passa Quatro e Araçatuba; e em Maceió (AL). A empresa atua em uma PPP com a Sabesp		

Fonte: adaptado de Britto, 2014.

A Aegea, empresa que vem ampliando sua atuação em municípios de porte médio, estruturou um modelo de prestação por meio do qual procura atuar como concessionária em processos onde ocorre a municipalização dos serviços. Sua estratégia é apostar na pulverização do mercado e no estabelecimento longos prazos de concessão. Desde 2010, a empresa mantém um sistema de mapeamento de oportunidades nos municípios do país que se estende até 2017 (BRITTO, 2014). Em 2013, a empresa obteve junto ao BNDES e à Caixa Econômica Federal R\$283 milhões para investir em água e esgoto nas concessionárias Prolagos (RJ) e Águas Guariroba (MS).

A GS Inima Brasil é o quinto maior conglomerado do país em termos de receita total por grupo. Possui 76 filiais nacionais, das quais oito são de capital aberto (incluindo a GS E&C) e uma rede global de 68 subsidiárias no exterior. A subsidiária no Brasil é especializada em atividades ambientais, associada ao tratamento de água.

No Brasil, ela atua por meio de empresas concessionárias (SPEs) controladas. Busca ampliar sua área de atuação de forma a implantar novas concessões e PPPs, seja isoladamente ou em consórcio com outras empresas⁵.

As mudanças de perfil nas empresas privadas:

A Operação Lava-Jato da Polícia Federal atingiu determinadas empresas privadas do setor saneamento, mostrando que algumas concessões realizadas por estados e municípios não tinham como base a eficiência do prestador, tampouco os interesses dos usuários, mas, sim, interesses particulares de políticos no poder (prefeitos, vereadores, governadores, deputados estaduais).

Uma dessas empresas foi a Odebrecht Ambiental, a maior do país. Em função das negociações de dívidas, a Odebrecht confirmou as mudanças na sua estrutura de negócios que incluem a venda da Odebrecht Ambiental. A gestora canadense Brookfield comprou 70% dela por US\$768 milhões. Essa é a primeira aquisição da Brookfield, em parceria com fundos institucionais no segmento água e esgoto, e se fez por meio da Brookfield Brazil Capital Partners LLC e o Fundo de Investimentos BR Ambiental, ambos administrados pela canadense Brookfield Asset Management. A Brookfield é um dos maiores grupos de investimento do mundo, empresa canadense que chegou ao Brasil em 1899 e investe e administra ativos em mais de 30 países, nos cinco continentes, atuando nas áreas imobiliária, de infraestrutura, energia renovável, construção, agropecuária e florestal.

O processo de venda foi concluído em abril de 2017. Assim constituiu-se a BRK Ambiental que, assumindo o lugar da Odebrecht Ambiental, tornou-se maior empresa privada de água e esgoto do país e está presente em 180 municípios brasileiros. A BRK Ambiental ainda tem o FI-FGTS como parceiro minoritário (30% das ações).

Também envolvida na Operação Lava-Jato, a empresa Queiroz Galvão perdeu quase dois terços de seu faturamento, reduziu o quadro de funcionários e vendeu parte de seus ativos em água e esgoto. O grupo japonês Itochu tomou participação no capital da concessionária Águas do Brasil no fim de 2015, adquirindo uma parte da Queiroz Galvão, ingressando no mercado de água e esgoto no Brasil e se tornando um dos acionistas da empresa, que possui concessões em 15 municípios no país. O grupo faz parte do consórcio asiático formado pela Itochu Corporation, JFE Steel Corporation, Posco, Kobe Steel, Nisshin Steel e China Steel Corp, tendo também adquirido 12,48% do capital social da Congonhas Minérios, controladora da Companhia Siderúrgica Nacional (CNS), por meio de emissão primária de ações.

Outra mudança ocorreu com o grupo CAB Ambiental/Águas do Brasil, presente em cinco estados brasileiros (São Paulo, Mato Grosso, Paraná, Santa Catarina e Alagoas), por meio de 18 operações, que, somadas, atendem, diretamente ou indiretamente, a cerca de 6,6 milhões de pessoas. O Grupo Galvão, que controlava suas ações estava entre as investigadas da Operação Lava-Jato. Em novembro de 2016, a Companhia, a Galvão Participações (em recuperação judicial), a BNDES Participações S.A., o Banco Votorantim S.A. e a RKP BRL Investments I LLC (RKP) firmaram um acordo de investimento que estabelecia, entre outras obrigações: (i) o repasse das ações da Galvão Participações a um Fundo de Investimento em Participações (FIP) controlado pela RKP, passando a Galvão a ser cotista do FIP; e (ii) a reestruturação da dívida financeira da Companhia e suas subsidiárias perante instituições financeiras.

Esse acordo deu origem à Iguá Saneamento, controlada pelo FIP, isto é pela RKP que detém participação majoritária no empreendimento, e pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social Participações (BNDESPar). A RK Partners é um *advisor* independente especializado em reorganizações empresariais, atuando em projetos de reestruturação financeira e operacional em setores variados, estando à frente de alguns dos principais e maiores processos de reestruturação empresarial realizados no Brasil.

⁵ Disponível em: <http://www.gsinimabrasil.com.br/pt-br/pagina/gs-inima-brasil/>.

O novo cenário das empresas privadas aponta para a discussão trazida por Bayliss (2014), que busca situar as mudanças recentes nos serviços públicos de abastecimento de água dentro de tendências de financeirização mais amplas do contexto neoliberal, considerando três aspectos da gestão da água. Segundo a autora, apesar das claras falhas de privatização nos últimos vinte anos, o apoio estatal ao setor privado e aos processos de privatização continuam. Além disso, surgiram inovações para que o consumo de água gere riqueza para o financiamento de investimentos privados. Finalmente, as empresas privadas ganharam influência crescente na política setorial. A autora ressalta contudo que a financeirização é incompatível com os objetivos sociais relativos aos serviços públicos de abastecimento de água e que esse caminho leva ao não cumprimento do direito humano.

As propostas dos atores do setor privado:

As propostas dos atores do setor privado são apresentadas em diferentes documentos divulgados e manifestações públicas dos dirigentes da Abcon. Observa-se que a ONG Trata Brasil também veicula as propostas do setor. Elas são apresentadas a seguir:

- A participação do setor privado na prestação dos serviços é tida como necessária à universalização; os atores do setor consideram que o Plansab foi pouco incisivo no que tange a esse aspecto.
- Para os pobres, ou aqueles que não têm a capacidade de pagar as tarifas, eles sugerem que sejam estabelecidos mecanismos de ajuda social pelo governo, nos moldes do Programa Bolsa Família (subsídio direto ao usuário)
- A segurança jurídica é colocada como um aspecto central para um setor afetado com as discussões sobre a titularidade dos serviços. A entidade defende que sejam estabelecidas normas claras de compartilhamento da prestação de serviços. Há uma crítica ao texto do Estatuto da Metrópole, que é considerado impreciso; seria necessária uma definição objetiva dos conceitos de metrópole, região metropolitana, microrregião e aglomerado urbano, no sentido de definir a gestão compartilhada do saneamento nesses territórios.
- A garantia da isonomia competitiva, o que significa assegurar a possibilidade das empresas privadas concorrerem em igualdade de condições com companhias estaduais e garantir o processo licitatório em situações em que haja proposta mais vantajosa para o usuário. Existe uma demanda de revisão da Lei das Licitações e dos Consórcios Públicos que beneficiam os Contratos de Programa e não promovem a participação das empresas privadas no setor.
- Estabelecimento de critérios mínimos obrigatórios para os Contratos de Programa firmados com prestadores públicos, de modo a torná-los mais isonômicos com os contratos de concessão firmados com os operadores privados.
- Qualificar o setor saneamento com a mesma relevância do setor habitação, possibilitando: ampliar prazos de financiamento para as operações do setor saneamento; atrair novos recursos para o setor, como bancos privados e mercado de capitais; compatibilizar prazos de investimento e retorno de capital; possibilitar menores taxas de financiamento; e adotar critérios de *project finance*.
- Construção de parcerias com o governo federal buscando a complementariedade entre recursos públicos e privados, com a criação de um Fundo Garantidor de Parcerias Público-Privadas, constituído pelos valores arrecadados do PIS/Cofins e de um percentual obrigatório na tarifa do usuário.
- Fomentar e disseminar a regulação por meio de: fortalecimento das agências reguladoras existentes; da criação de agências reguladoras regionais; criação de padrões de regulação considerando

as especificidades do setor; criação de um órgão colegiado consultivo responsável por estabelecer diretrizes gerais, padronizar procedimentos regulatórios e monitorar e promover melhoria de desempenho das agências reguladoras.

- Fortalecimento do Sinisa com dados consistentes, confiáveis, com abrangência e desagregação suficientes para caracterização e avaliação dos serviços nos aspectos institucionais, regulatórios, econômicos, operacionais e de qualidade.
- Combater a ociosidade das redes de esgotos sanitários construídas por meio do aperfeiçoamento regulatório ou alteração do texto legal, que assegure a obrigatoriedade de utilização das redes de esgotos sanitários implantadas pelos usuários.

5.2 – Usuários

Diferentemente de outros países, como a França, Alemanha e Espanha, onde existem associações organizadas dos usuários de serviços públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário, no Brasil essas iniciativas não existem. Os movimentos sociais se organizam sobretudo em torno da questão da moradia (Movimento Nacional de Luta pela Moradia (MNLM), União Nacional por Moradia Popular (UNP); Confederação Nacional de Associações de Moradores (Conam), Central de Movimentos Populares (CMP), Movimento de Lutas nos Bairros, Vilas e Favelas (MLB) e de forma mais ampla, no movimento pelo direito à cidade, por meio do Fórum Nacional de Reforma Urbana, uma rede de atores que reúne movimentos sociais, ONGs, associações profissionais e entidades de pesquisa. Apesar de uma pauta mais ampla, essas entidades defendem o saneamento como direito social, e tiveram um papel importante na luta por esse direito dentro do Conselho Nacional das Cidades, fortalecendo propostas de democratização da Política Nacional de Saneamento.

Durante o primeiro e o segundo governos Dilma, os movimentos sociais usaram o ConCidades como espaço para manifestar suas posições de defesa da gestão pública, de aumento da disponibilização de recursos para prestadores públicos e a recusa da disponibilização desses recursos públicos para o setor privado. Além disso, os movimentos sociais reivindicaram o aumento da participação social por meio de conferências e conselhos, defendendo que essa participação tenha caráter deliberativo. Dentre os atores dos movimentos sociais, destacam-se as propostas do Fórum Nacional de Reforma Urbana, presente na Plataforma Nacional de Direito à Cidade, documento fundador. Essa posição orientou as participações do Fórum nos diferentes momentos de debate público da política de saneamento básico.

São propostas do Fórum:

- A defesa de uma cidade com saneamento ambiental para todos e do direito à água como direito humano fundamental.
- A gestão ambiental dos resíduos líquidos e sólidos deve estar integrada com a política urbana;
- A gestão compartilhada da política de saneamento ambiental precisa respeitar o direito constitucional da titularidade municipal dos serviços, assegurando a participação de órgãos e empresas públicas, com transparência e controle social.
- A defesa da realização de conferências deliberativas sobre o saneamento ambiental nas três esferas de governo como caminho para definir os rumos da política pública.
- A garantia do acesso à serviços para pessoas que vivem em áreas de ocupação irregular (favelas) e para aqueles que vivem em áreas rurais que não podem pagar por serviços; não haverá acesso universal sem enfrentar este desafio.

- Necessidade de discutir o custo social da água e a possibilidade de criar serviços públicos gratuitos limitados a um volume de consumo mensal de água por família, direcionado a pessoas e áreas pobres.
- Crítica ao modelo regulatório existente, baseado em agências reguladoras, considerado tecnocrático; com base na tese da independência política necessária das agências, ele exclui a participação da sociedade civil no processo de regulação, sendo essa participação limitada a consultas públicas na internet e audiências públicas. É proposta uma transformação no modelo regulatório existente, com a abertura de entes reguladores com participação social.
- Defesa das instâncias de participação e controle social para superarem o caráter, na maioria das vezes, consultivo, tornando-se deliberativas.
- Criação de um Fundo Nacional para o Serviço Universal, com recursos provenientes do orçamento federal e alocados aos serviços operados por prestadores públicos de baixa viabilidade econômica e financeira, sendo prioridade no acesso aos recursos do Fundo as ações destinadas aos assentamentos urbanos e rurais precários.
- O governo federal também deve orientar e induzir a criação de fundos para o serviço universal nas esferas estadual e municipal.

5.3 - Associações profissionais

Dentre as associações profissionais diretamente envolvidas com a Política Nacional de Saneamento destacamos a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental (Abes) e a Federação Nacional dos Urbanitários (FNU).

5.3.1 - A Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental

A Abes é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1966, que reúne em seu corpo de membros cerca de 10 mil profissionais nas áreas de saneamento e meio ambiente, na maior parte engenheiros do setor. Dentro da Abes existe uma participação forte de profissionais das companhias estaduais, mas há também profissionais das empresas privadas de água e dos serviços públicos municipais. As eleições de diretoria acontecem nos congressos bianuais: 2007, 2009, 2011, 2013, 2015 e 2017. No período analisado, foram presidentes da Abes José Aurélio Boranga, da direção da Sabesp (2006-2008 e 2008-2010); Cacilda Teixeira de Carvalho, funcionária da Copasa (2010-2012); Dante Ragazzi Pauli, da Sabesp (2012-2014; 2014-2016) e, atualmente, Roberval Tavares de Souza, da Sabesp. As diretorias demonstram a forte hegemonia do corpo técnico das Cesbs, consideradas as maiores na instituição. As posições da Abes são muito próximas às da Aesbe, sendo que a maior parte dos militantes da Abes são oriundos do corpo das companhias estaduais sendo uma tradição o presidente da Abes ser da diretoria de uma Cesb.

As propostas da Abes:

- A necessidade de viabilizar recursos para alcançar a universalização, observando que o volume de investimentos do governo federal ficou abaixo do necessário nos últimos anos do governo Dilma.
- Aumento das fontes de financiamento, onerosos e não onerosos, bem como a flexibilização e agilização na análise e liberação de pedidos de financiamento e *finance projects*.
- Fortalecimento das companhias estaduais de água e esgoto, sendo esse atrelado a resultados; incentivar a formação de parcerias público-públicas, a exemplo da cooperação firmada entre a Sabesp e a Companhia de Saneamento de Alagoas (Casal).

- Apoiar a formação de consórcios, quando vantajosos, gerando ganhos de escala.
- Apoiar a participação da iniciativa privada na forma de parcerias público-privadas.
- Necessidade de implantação efetiva do Plansab, sobretudo do programa Saneamento Estruturante por meio do desenvolvimento e implantação de ações de apoio à gestão; à prestação dos serviços; de capacitação e assistência técnica; e de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico.
- Extinção da cobrança do PIS/Cofins, ou, ao menos, o estabelecimento de uma normativa para que os recursos oriundos desses tributos sejam aplicados obrigatoriamente no próprio setor, por intermédio de um mecanismo como um fundo, associado a critérios de eficiência na aplicação dos recursos.
- Necessidade de planejamento e de atendimento do acórdão do Supremo Tribunal Federal relativo à titularidade compartilhada dos serviços público de saneamento básico nas regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, o que implica na exigência de desenvolver os respectivos planos regionais e de rever planos dos municípios nelas inseridos.
- Defesa do modelo de regulação regional: “Só seremos fortes se tivermos uma regulação forte. Precisa ser algo regionalizado. Não podemos ter 5.570 agências reguladoras, que não chegaremos a lugar algum.”⁶

5.3.2 - A Federação Nacional dos Urbanitários

A FNU foi instituída em 20 de novembro de 1951, e representa 202 mil trabalhadores (as) do ramo urbanitário em atividade. Ao todo, são 41 entidades sindicais filiadas à Federação que está presente em todas as regiões do país, com o objetivo de atuar em defesa dos direitos dos (as) trabalhadores (as) dos setores de energia, saneamento, meio ambiente e gás.

Para a FNU um dos grandes desafios na área de infraestrutura urbana no Brasil é a universalização do acesso aos serviços públicos de abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e drenagem de águas pluviais. O órgão de representação dos trabalhadores urbanitários afirma que, apesar dos avanços institucionais que resgatam o planejamento, a possibilidade da instituição de instrumentos de controle social sobre a prestação dos serviços e de aporte de recursos do governo federal por meio do PAC, o setor tem muito a avançar. A Federação acredita que sejam necessárias várias iniciativas para a superação desses desafios, elencadas a seguir:

- As propostas da FNU:
 - Desenvolvimento de um amplo programa de recuperação e revitalização dos operadores públicos de saneamento básico como forma de se atingir uma gestão mais eficiente no consumo de energia, na redução de perdas, na modernização de equipamentos, no uso da telemetria, e na modernização/automação da operação, no setor comercial.
 - Destinação de um percentual do PIB anual como forma de se atingir os investimentos necessários para que o país alcance a universalização do acesso aos serviços públicos de saneamento básico em quantidade e qualidade adequadas.

⁶ Fala do atual Presidente da Abes (biênio 2016-2018), engenheiro Roberval Tavares de Souza (superintendente da Sabesp – Unidade de Negócios Sul da Diretoria Metropolitana) na Mesa da Audiência Pública da comissão de Serviços de Infraestrutura do Senado sobre os investimentos do BNDES em Infraestrutura com foco no setor saneamento, realizada no dia 15 de maio de 2017. Disponível em <https://abes-dn.org.br/?p=9960>

- Desoneração do PIS/Cofins e a criação de instrumentos que garantam que esses recursos integrem um fundo de investimentos em saneamento básico.
- Construção de um amplo debate nacional sobre a flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal para a captação de recursos para o setor.
- Criação e implementação de instrumentos de controle social para o acompanhamento e fiscalização das ações de saneamento básico.

6. Considerações finais: Repensando caminhos para a política de saneamento básico no Brasil

A partir da discussão apresentada, pode-se apontar alguns caminhos no sentido de dar centralidade e prioridade à Política Nacional de Saneamento, dentro de uma perspectiva de saneamento como direito social.

1º - Necessidade de revisão do marco legal que orienta a gestão do saneamento, no sentido de fortalecer a concepção de saneamento como direito social:

Primeiramente, é necessário ressaltar que se trata aqui de discutir a MP do governo Temer sobre a Lei 11445/2007, porém apontar outros caminhos com relação ao quadro legal. A Assembleia Geral da ONU reconheceu, em julho de 2010, que “o direito a uma água potável própria e de qualidade e a instalações sanitárias é um direito do homem, indispensável para o pleno gozo do direito à vida”. A mencionada resolução também obriga os estados a eliminarem progressivamente as desigualdades de acesso tanto à água como ao esgotamento sanitário – desigualdades entre populações nas zonas rurais ou urbanas, formais ou informais, ricas ou pobres. Da mesma forma, ela indica que esse direito deve ser incluído nas constituições dos países. Segundo informação do Comissário Especial da ONU para o direito à água, 22 países incluíram, de diferentes formas, o direito à água em sua Constituição, sendo que o mesmo ainda não consta explicitamente na Constituição Federal do Brasil de 1988. Contudo, em seu art. 6º, a Constituição garante o direito à saúde e à moradia; e o art. 225 garante o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado. Moradia e saúde, assim como ambiente ecologicamente equilibrado são indissociáveis de acesso adequado ao saneamento básico.

A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania aprovou, em abril de 2014, a admissibilidade da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 39/07, do deputado Raimundo Gomes de Matos (PSDB-CE), que inclui a água entre os direitos sociais previstos na Constituição. A PEC 213/12, da deputada Janete Rocha Pietá (PT-SP), trata do mesmo tema e também foi aprovada. A PEC 39/07 deverá ser analisada por uma comissão especial a ser criada especificamente para esse fim. Depois, segue para o Plenário, onde precisa ser votada em dois turnos. Nesse momento a PEC está aguardando Instalação de Comissão Temporária.

Destaca-se que o atual relator da ONU pelo Direito à Água, o professor Léo Heller, é brasileiro e defende a inclusão do direito humano à água e ao esgotamento sanitário na Constituição Federal. Essa inclusão amplia as obrigações do Estado a respeitar esse direito humano e também amplia o direito dos cidadãos a exigir que ele seja respeitado. Tal inserção pode provocar a adequação da legislação brasileira e das políticas públicas. Sendo adotado na legislação brasileira, o direito humano pode instrumentalizar setores progressistas para reivindicar esse direito; esses setores também poderão pressionar os legisladores para que as diferentes políticas públicas que incidem sobre os serviços públicos de saneamento básico considerem integralmente esse direito.

Como mencionado anteriormente, uma outra fragilidade da legislação é a questão do controle das PPPs. A decisão sobre as PPPs realizada pelas companhias estaduais ou por autarquias municipais se dá sem nenhum

controle público, diferentemente do que é determinado para as concessões. Como o número de PPPs no setor saneamento se amplia, sendo uma importante alternativa para a atração do capital privado, estimulada pelo atual governo federal, essa a lacuna do marco regulatório específico ao setor precisa ser tratada. Da mesma forma existem PPPs não reguladas e não existe nenhuma sanção legal clara sobre essa questão.

2º – A necessidade de ampliação da disponibilização de recursos públicos, inclusive a fundo perdido:

É consenso entre os diferentes atores do setor que a universalização depende de financiamentos públicos, inclusive de recursos não onerosos. A Emenda Constitucional 241/1998 afeta profundamente a capacidade de investimentos do governo federal. É necessário reverter esse quadro e garantir os investimentos sociais. Tramita no Congresso Nacional a PEC 503/2010 que estabelece um percentual mínimo dos impostos e de transferências para aplicação em saneamento básico pela União, pelos estados e Distrito Federal e pelos Municípios. Desde de 18/06/2015, a PEC encontra-se em apreciação na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados.

A Lei nº 13.329/2016, publicada no dia 02/08/2016 no Diário Oficial da União, modifica a Lei de Diretrizes Nacionais do Saneamento Básico (Lei nº 11.445/2007) para criar o Regime Especial de Incentivos para o Desenvolvimento do Saneamento Básico (Reisb). A previsão era de que empresas que aumentassem investimentos em determinados projetos pudessem receber créditos das contribuições do PIS/Pasep e Cofins. Para as empresas que aderissem ao regime, seria exigida regularidade fiscal quanto aos impostos federais. A Lei foi objeto de veto presidencial. Para realizar o veto, o governo ouviu os ministérios da Fazenda e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. De acordo com a justificativa, a concessão de créditos tributários representaria renúncia de receita, sem atentar à Lei de Responsabilidade Fiscal. Ademais, segundo o governo, “compromete o esforço fiscal, contribui para o baixo dinamismo da arrecadação tributária, contraria as diretrizes de simplificação da tributação de PIS e Cofins e aumenta a ineficiência econômica face à alteração de preços relativos”. Argumenta-se ainda que o dispositivo também viola a Lei de Diretrizes Orçamentárias, que estabelece o prazo máximo de cinco anos para eventual renúncia de receita. Algumas entidades do setor (Aesbe, Abcon/Sindcon, Abimaq/Sindesam, Apecs, Asfamas, Sinaenco) enviaram em 10 de outubro de 2016 uma carta aos parlamentares solicitando a derrubada do veto.

A questão em aberto é como garantir legalmente um percentual do orçamento público para o saneamento básico, resgatando a proposta de um fundo de universalização que permita disponibilizar recursos não onerosos para atender populações vulneráveis sem acesso aos serviços. Nesse sentido, vale destacar o estudo divulgado pelo IBGE em dezembro de 2017 que aponta que o Brasil tinha, em 2016, cerca de 13,4 milhões de pessoas vivendo em condição de pobreza extrema. De acordo com a pesquisa Síntese dos Indicadores Sociais, com dados de 2016, 6,5% da população vivia com até US\$1,90 por dia no país. A nota de corte considera a classificação de pobreza extrema definida pelo Banco Mundial. Quando convertido para o câmbio da época, o rendimento dessas pessoas ficava em torno de R\$133,70 por mês.

3º – Simplificar os processos de financiamento para acessar recursos do Orçamento Geral da União:

Atualmente, o tempo de contratação de uma operação de saneamento é extremamente longo, levando, segundo dados divulgados no documento do governo federal com proposta para o setor, em média 23 meses. Seria necessária a revisão dos instrumentos normativos do Ministério das Cidades, Caixa Econômica Federal e BNDES para tornar menos burocrático o acesso dos municípios aos recursos federais, além de facilitar a operação de crédito aos consórcios públicos.

4º – Ampliar estudos e debates públicos sobre modelos de tarifas sociais:

Diante da ampla variedade de modelos de tarifas sociais e das demandas dos atores do setor, que vão desde o direito a um volume mínimo gratuito até a concessão de subsídios diretos, pelo poder público aos usuários em situação de vulnerabilidade, que não têm capacidade de pagar pelos serviços, faz-se necessário um amplo estudo técnico sobre as tarifas sociais e a política de subsídios. Os dados supracitados (ponto 2º) sobre população em situação de pobreza, reforça a necessidade desse debate, tendo como princípio norteador o saneamento como direito social.

5º – Repensar a regulação e a possibilidade de associá-la ao controle social:

Todo o debate sobre a reforma do marco regulatório tem como aspecto central a uniformização da regulação do setor saneamento. Vale lembrar que o que orienta essa unificação não é reforçar o saneamento como direito social, mas criar um ambiente seguro para “os negócios”. O contexto de saneamento como negócio, seja pela ampliação da participação do setor privado na prestação de serviços, seja pela abertura de capital das empresas públicas, subconcessões e PPPs, demanda, evidentemente, um reforço nas estruturas de regulação e nas normas regulatórias. Contudo, entende-se que a variedade de estruturas de regulação não compromete a função regulatória, ao contrário do que é argumentado por determinados atores do setor. Como assinala o Plansab, “não existe um modelo regulatório universal. A regulação deve ser adaptada às circunstâncias, necessidades e desafios locais. A legislação internacional sobre os direitos humanos não indica a escolha de um arcabouço regulatório em particular. O que é essencial do ponto de vista dos direitos humanos é que aqueles que desempenham funções regulatórias sejam imunes a pressões de quaisquer interesses ilegítimos e que os principais objetivos da regulação sejam alinhados com os direitos humanos à água potável e ao esgotamento sanitário” (Plansab, 2014)

Por outro lado, no contexto de avanço da participação privada, e as possibilidades de captura dos reguladores, é um fato, mesmo com um marco normativo unificado. Assim, faz-se necessário levantar, avaliar o funcionamento e a replicabilidade de modelos que associem regulação e controle social como forma de garantir que o acesso ao saneamento básico se faça na perspectiva do direito social.

6º – O respeito às diretrizes do Plansab:

Entende-se que o Plansab, apoiado na Lei.1145/2007, criou a estrutura de princípios para a gestão dos serviços, onde o fundamento central é entendimento do saneamento básico como direito de cidadania. O fato do plano ter sido orientado por um cenário macroeconômico que não se confirmou não coloca em questão esses princípios.

Torna-se necessário fortalecer a governança do plano através da institucionalização na instância interministerial de coordenação (GTI Plansab, que reúne todos os ministérios, além de representantes de Conselhos Nacionais, das Cidades, do Meio Ambiente e da Saúde), e da articulação e integração entre os atores responsáveis pelas principais ações na área de saneamento básico, a exemplo da Sala de Coordenação e Acompanhamento da Política de Saneamento Básico prevista no Plansab.

Dentre as diretrizes, destaca-se a necessidade de implementação do programa saneamento estruturante. Uma posição comum a todos os atores do setor é a necessidade de capacitação dos gestores e prestadores para implementar a política de saneamento básico. Nesse sentido, o desenvolvimento do programa 3 do Plansab *Saneamento Estruturante* é crucial. No âmbito desse programa pode-se identificar algumas linhas orientadoras, como: (i) a criação de programa nacional de assistência aos municípios no setor de saneamento básico, incluindo no mesmo o apoio para elaboração/revisão dos planos municipais e de instrumentos de monitoramento dos mesmos e orientação para a estruturação dos órgãos colegiados de controle social, (ii) criação de

programa nacional de capacitação de conselheiros municipais para atuar no controle social do saneamento, (iii) e criação de um programa nacional de combate às perdas nos sistemas de abastecimento de água. Os três programas demandariam linhas de financiamento específicas, com recursos do OGU.

7º – Organização de uma rede de avaliação dos planos municipais de saneamento básico:

Com a finalização do prazo para a elaboração dos PMSBs em 2017, e com a necessidade de revisão de planos que já completaram quatro anos seria necessária uma avaliação dos planos existentes, identificando lacunas, como caminho para seu aprimoramento.

8º – Organizar a disputa política na defesa do modelo de gestão pública:

O governo federal e atores do setor ligados aos interesses privados estão construindo um discurso que busca desqualificar a gestão pública. É preciso construir um discurso contra hegemônico qualificado, mostrando a viabilidade da gestão pública, e envolvendo os setores mais progressistas nacionais e internacionais identificados com essa perspectiva. Apesar da crise política vivenciada pelo país, torna-se de fundamental importância revitalizar a Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental e criar o Observatório de Saneamento Público.

7- Referências bibliográficas

ABCON, Associação Brasileira das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto e SINDCON-Sindicato Nacional das Concessionárias Privadas de Serviços Públicos de Água e Esgoto. Panorama da Participação Privada no Saneamento. Brasília, 2016.

AESBE. Associação Brasileira das Empresas Estaduais de Saneamento. Revista Saneam, n. 23, jan. p. 23-24, 2014.

AZEVEDO, S. Políticas públicas: discutindo modelos e alguns problemas de implementação. In: SANTOS JUNIOR, O.A. (Org.). Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais. Rio de Janeiro: FASE, 2003. p.1-7.

BARRAQUÉ, B. Les politiques de l'Eau en Europe. Paris: La Decouverte, 1995.

BARRAQUÉ, B. Eau (et gaz) à tous les étages: comment les Européens l'ont eue, et comment le Tiers Monde pourrait l'avoir ? Texte présenté séminaire de l'IDDRI "Accès aux services essentiels dans les PED", 2005.

BARRAQUÉ, B.; ISNARD, L.; BARBIER, R.; CANNEVAS, G. Trajectoires techniques et institutionnelles des services d'eau en Europe de l'ouest, aux Etats-Unis et en Australie. LIVRABLE 5.1EAU&3E La durabilité des services d'eau dans les grandes villes. ANR Villes Durables, 2011.

BAYLISS, K. The Financialisation of Water. Review of Radical Political Economics, v.46, n.3, p. 292-307, 2014.

BORJA, P. C. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. Saúde Sociedade, São Paulo, v.23, n.2, p.432-447, 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei no 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11445.htm>. Acesso em: 15 dez. 2016.

BRASIL, Ministério do Trabalho, Fundo de Investimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Relatório de Gestão do Exercício 2015. São Paulo, 2016.

BRASIL. Ministério das Cidades. Manual de Instruções para Contratação e Execução dos Programas e Ações do Ministério das Cidades inseridos na segunda fase do Programa de Aceleração do Crescimento – PAC 2. Divulgado pela Portaria no 40, de 31 de Janeiro de 2011, publicada no DOU, em 1o de fevereiro de 2011, seção 1, pág. 161

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento. Diagnóstico dos serviços de água e esgoto 2015. Brasília: Ministério das Cidades, 2016.

BRESNIHAN, P. The bio-financialization of Irish Water: New advances in the neoliberalization of vital services, Utilities Policy (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jup.2015.11.006>

BRITTO, A. L. (org). Panorama do Saneamento Básico no Brasil. Volume 4: Avaliação político-institucional do setor de saneamento básico. Brasília: Ministério das Cidades Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, 2014.

- BRITTO, A. L. N. P.; REZENDE, S. C.; HELLER, L.; CORDEIRO B. S. Da Fragmentação à Articulação: a política nacional de saneamento e seu legado histórico. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (ANPUR)*, v.14, p.63-82, 2012.
- BRITTO, A. L. Relatório de Pesquisa: Perspectivas para a universalização do acesso à água na Baixada Fluminense: mapeando sistemas formais e informais e identificando conflitos em Queimados e Duque de Caxias. CNPq, 2017, 41 p.
- BRITTO, J. N P. Relatório de Acompanhamento setorial. Mercado de Bens e Serviços Ambientais no Brasil- Desafios e Oportunidades, Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, junho 2014.
- CARLEIAL, L. M. F. Política econômica, mercado de trabalho e democracia: o segundo governo Dilma Rousseff. *Estud. av.*, São Paulo , v. 29, n. 85, p. 201-214, dec. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142015000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2017.
- CHEVALIER, J. *Le service Public*. Paris: PUF, 1987.
- COING, H. Les services urbains revisités. Les services urbains revisités in *Servicios Urbanos en America Latina*. Santiago. Ed. Redes, 1992
- CORDEIRO, B. S. Saneamento como campo: uma análise do processo decisório no governo Lula. 2014. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) - IPPUR, UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.
- FONSECA, P.; CUNHA, A. M. e BICHARA, J.S.. O Brasil na Era Lula: retorno ao desenvolvimentismo?. *Nova econ.* [online]. 2013, vol.23, n.2 , pp.403-428. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-63512013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 dez 2017
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS DIEESE. Nota Técnica Privatização do setor de saneamento no Brasil. Número 183, junho 2017.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*, n. 21, p.211-259, jun. 2000.
- GRANT, M. L'eau entre des mains publiques: la remunicipalisation aux États-Unis. In: Kishimoto, S, Lobina, E. e Petitjean, O. *Eau publique, eau d'avenir L'expérience mondiale de la remunicipalisation*. Paris, Transnational Institute (TNI), Public Services International Research Unit (PSIRU), l'Observatoire des multinationales, Municipal Services Project (MSP), la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP/EPUSU), France Eau Publique et Aqua Publica Europea, 2015. p.38-47
- GUERIN-SCHNEIDER, L.; GRAND'ESNON, A. *Gestion et organisation des services d'eau en Europe*. Cahiers CGS, 2002, p.45, 2002.
- HELLER, L; CASTRO, J. E. Política pública de saneamento: apontamentos teórico-conceituais." *Engenharia Sanitária e Ambiental*, v.12, n.3, p.284-295, jul./set. 2007.
- HELLER, L.; REZENDE, S.C.; CORDEIRO, B.S; BRITTO, A.L.N.P. Políticas Públicas de Saneamento Básico no Brasil: tensões entre legado conservador e o avanço progressista In: *Gestão e Políticas Públicas no Cenário Contemporâneo: tendências nacionais e internacionais*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. v.1, p. 299-321.
- HERZBERG, C. Reclaims for Transparency and Participative Revolts Against Oligarchisation of Local Democracy: Lessons from Public Water Provision in Germany. In: SINTOMER, Y.; HERZBERG, C.; HOUDRET, A. (Dir.). *La participation des usagers dans la gestion de l'eau avec un focus sur les regies et entreprises municipales*. Ville de Paris: Centre Marc Bloch, 2010. V. II, p. 188-218.
- LE GALÈS, P. *Le retour des villes européennes. Sociétés urbaines, mondialisation, gouvernement et gouvernance*. Paris: Presses de Sciences Po., 2003.
- LOBINA, E. Introduction: Pour des politiques de l'eau progressistes. In: Kishimoto, S, Lobina, E. e Petitjean, O. *Eau publique, eau d'avenir L'expérience mondiale de la remunicipalisation*. Paris: Transnational Institute (TNI), Public Services International Research Unit (PSIRU), l'Observatoire des multinationales, Municipal Services Project (MSP), la Fédération syndicale européenne des services publics (FSESP/EPUSU), France Eau Publique et Aqua Publica Europea, 2015. p.12-23.
- MARICATO, E.; SANTOS JUNIOR, O. Construindo a Política Urbana: participação democrática e o direito à Cidade. *Teoria e Debate*, n.66, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.teoriaedebate.org.br/index.php?q=materias/nacional/dossie-conferencias-nacionais-uma-politica-urbana-participativa>.
- MARQUES, R. C.; RIBEIRO, W. A. Curso PPPS de Saneamento Básico. Brasília, 2 e 3 de outubro de 2015.
- MELLO, Y. R. Análise da Política Pública de Saneamento Básico no Município do Rio de Janeiro: Contradições na adoção dos princípios do marco regulatório nacional (Lei no 11.445/2007). 2017. Tese (Doutorado em Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- MELOSI, M. *Precious Commodity Providing Water for America's Cities*. Pittsburg: University Press, 2011.

- MULAS, A. S. Public Policy Analysis in the Water and Sanitation Sector: Budgetary and Management Aspects. In: CASTRO, J. E.; HELLER, L. Water and sanitation Services. Public Policy and Management. London: Earthscan, 2009. p. 56-70.
- NAUMANN, M. E; WISSEN, M. Water Infrastructures between Commercialization and Shrinking: The Case of Eastern Germany. In: BARRAQUÉ, B. (Org.). Urban Water Conflicts. Amsterdam: Taylor and Francis, 2011. p. 269-284.
- NEVES-SILVA, P.; HELLER, L. o direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.21, n.6, p.1861-1869, 2016.
- OLIVEIRA, T. G. Abertura de capital das Companhias Estaduais de Saneamento: uma análise a partir da experiência de Minas Gerais. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Engenharia, 2015, 115 p.
- OTERO, L; KALLIS, G.; AGUILAR, R; RUIZ, V. Water scarcity, social power and the production of an elite suburb: the political ecology of water in Matadepera, Catalonia. *Ecological Economics*, v. 70, n. 7, p. 1297-1308, 2011.
- PFLIEGER, G.; MATTHIEUSSENT, S. Water and power in Santiago de Chile: Socio-spatial segregation through network integration. *Geoforum*, v. 39, n. 6, p. 1907-1921, 2008.
- REZENDE, S.C.; HELLER, L. O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces. 2.ed. rev. e ampl. Belo Horizonte: Ed. UFMG, Escola de Engenharia, 2008.
- SABATIER, P.A.; JENKINS-SMITH, H. (eds). Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach. Westview Press, 1993.
- SABATIER, P. A. Advocacy Coalition Framework (AFC). In: BOUSSAGUET, L.; JACQUOT, S.; RAVINET, P. Dictionnaire des Politiques Publiques. Les Presses Sciences, Paris, p.49-57, 2010.
- SCHMITD, L.; SARAIVA, T.; PATO, J. In search of hidden Portuguese urban water conflicts: The Lisbon water story (1856-2006). In: BARRAQUÉ, B. (Org.). Urban Water Conflicts. Amsterdam: Taylor and Francis, 2011. p. 69-91.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p.20-45, jul./dez. 2006.
- SWYNGEDOW, E. Social Power and the Urbanization of Water. *Flows of Power*. London: Oxford University Press, 2004.
- SWYNGEDOW, E.; KAYKA, M.; CASTRO, J.E. Agua urbana: una perspectiva ecológico-política. Cuadernos de Trabajo de la Red WATERLAT-GOBACIT. Serie Áreas Temáticas-AT3 SATCUASPE. El Ciclo Urbano del Agua y los Servicios Públicos Esenciales. Cuaderno, v. 3, n. 7, p.11-35, 2016.

Padrão de investimento e a estratégia financeira das grandes empresas regionais do setor de Água e Esgoto (A&E) no Brasil

Fernando Sarti¹

Fernanda Ultrmare²

| I- Introdução |

O objetivo geral do trabalho é avaliar o padrão de investimento do setor de água e de esgoto (A&E)⁵ no Brasil, em particular, de um grupo selecionado de grandes empresas regionais de capital aberto com ações negociadas em bolsa de valores. O objetivo específico é avaliar em que sentido o aprofundamento das estratégias financeiras de maximização dos ganhos dos acionistas representa uma mudança na percepção do setor enquanto um provedor de bem público e de um serviço essencial ao bem-estar da sociedade. A busca por maior rentabilidade no setor e a destinação de uma parcela significativa dos lucros para a remuneração dos acionistas reduzem os recursos próprios para financiar a ampliação dos investimentos na atividade, sendo isso um obstáculo para o avanço da universalização do acesso aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

O setor de A&E tem elevada importância econômica e social. Embora com um peso relativamente pequeno na economia, pouco menos que 0,6% do PIB, ele tem uma capacidade de encadeamento produtivo e de geração de renda e emprego significativa dentro e fora do setor (Hiratuka e outros, 2009). Além disso, é o provedor de um serviço estratégico para o consumo das famílias e para a produção de empresas comerciais, industriais e de serviços. Do ponto de vista social, há um relativo consenso entre os especialistas sobre a importância do setor de A&E para a melhoria das condições de bem-estar e de saúde da sociedade em geral⁴. Nesse sentido, o acesso aos serviços de saneamento básico deveria ser considerado um direito fundamental e inalienável da sociedade, assim como a educação, saúde e moradia. Entretanto, o Brasil ainda tem um elevado déficit de acesso aos serviços de abastecimento de água e tratamento de esgoto.

A avaliação dos indicadores econômicos e financeiros relativos ao setor de A&E, sobretudo de um grupo selecionado de grandes empresas regionais do setor, busca contribuir para a compreensão dos obstáculos no processo de universalização do acesso. A hipótese levantada neste capítulo é a de que o aprofundamento da lógica de ganhos financeiros para os acionistas das grandes empresas do setor, a partir de um movimento de abertura de capital e de distribuição de generosos dividendos, tenha colaborado para o aumento desses obstáculos, sendo a generalização dessa lógica um importante fator de risco à eliminação do déficit.

¹ Professor do Instituto de Economia da Unicamp e pesquisador do Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia (Neit).

² Doutora em Economia pelo IE-Unicamp e Pesquisadora do Centro de Estudos de Relações Internacionais (Ceri) e do Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia (Neit).

³ Nos termos da lei 11.445/2007, os serviços de saneamento básico incluem, além do abastecimento de água e do esgotamento sanitário (A&E), a limpeza urbana e o manejo de resíduos sólidos, e a drenagem urbana e o manejo das águas pluviais.

⁴ Segundo dados do WMDR 2015 (2016) das Nações Unidas, investimentos em abastecimento de água e esgotamento sanitário resultam em substanciais ganhos econômicos e sociais. Nas regiões em desenvolvimento, o retorno de cada US\$1 investido é estimado entre US\$5 a US\$28.

A primeira seção deste trabalho faz uma análise comparativa do desempenho e da importância relativa do setor de A&E em relação aos demais setores econômicos em uma amostra de 43 economias avançadas e em desenvolvimento. Destaque para a perda de importância do setor de A&E dentro da economia brasileira em termos de valor de produção e valor agregado. O grau de importância do setor de A&E no país foi inferior ao observado nas economias da amostra. Paradoxalmente, o setor de A&E brasileiro destacou-se por uma capacidade de geração de valor, mensurada pela relação entre o valor agregado e o valor da produção, superior à média internacional. Já o fato da taxa de crescimento do setor de A&E brasileiro ter sido maior que o da amostra, se deve muito mais à sua condição de país em desenvolvimento, cuja estrutura ainda é precária e incompleta se comparada a dos países desenvolvidos.

A segunda seção avalia a evolução do investimento no referido campo no Brasil. Após a Lei do Saneamento de 2007, o setor de A&E apresentou um ciclo expansivo de investimento no período 2007-2010, no entanto, depois observou-se relativa estabilidade dos investimentos no período 2011-2015. O fluxo de investimento tem permanecido muito aquém daquele proposto nas metas de curto e médio prazo do Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) de 2013, frustrando as expectativas de uma trajetória consistente de redução do déficit de acesso aos serviços de saneamento básico.

Finalmente, a última seção realiza uma análise comparativa dos indicadores econômicos e financeiros do grupo de três grandes empresas do setor de A&E de capital aberto e com ações negociadas em bolsa, responsáveis por mais da metade dos investimentos recentes, e do grupo de 227 empresas de outros setores da economia de capital igualmente aberto. Destaque para a maior rentabilidade e menor endividamento das empresas do setor de A&E vis-à-vis o grupo de empresas analisados na amostra. A estratégia de remuneração dos acionistas das empresas do setor de A&E contribuiu para a relativa estabilidade dos investimentos e, portanto, negativamente para o avanço na universalização do acesso aos serviços de saneamento básico. Observa-se, assim, o avanço e a abertura à radicalização da lógica de saneamento como negócio em contraposição à perspectiva do saneamento como direito básico da sociedade.

2- Comparação internacional

A partir das tabelas da *World Input-Output Database* (Wiod 2016)⁵ para 43 países⁶ – cuja seleção abarca quase todos os países desenvolvidos (PD) e alguns importantes países em desenvolvimento (PED), incluindo Brasil, China e Índia –, é possível construir uma série de indicadores econômicos para avaliar o desempenho do setor de A&E⁷ no período 2000-2014.

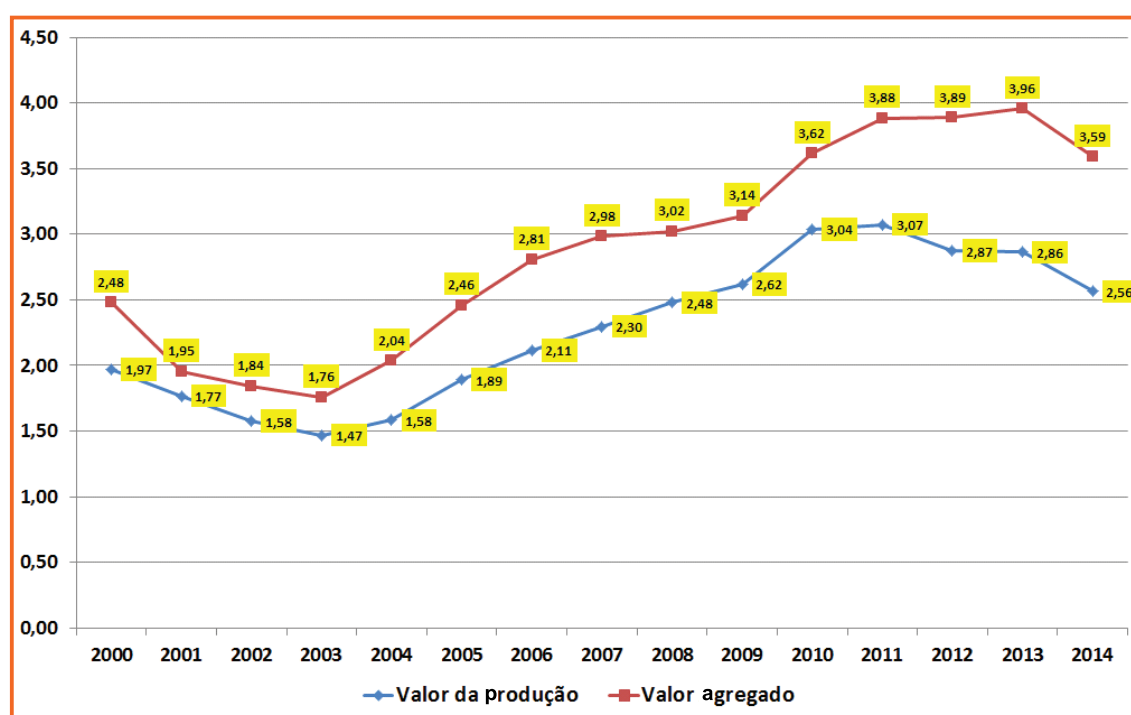
⁵ As tabelas insumo-produto mundiais – World Input-Output Tables (Wiot) – pertencentes à base de dados mundial de matrizes insumo-produto – World Input-Output Database (Wiod) – foram lançadas em 2012 e atualizadas, pela última vez, em 2016, como uma iniciativa da Comissão Europeia. Elas podem ser consideradas como um conjunto de tabelas nacionais de insumo-produto conectadas entre si por fluxos bilaterais de comércio internacional, fornecendo uma poderosa ferramenta para análise de redes de produção global. A última versão, utilizada nesse relatório, fornece uma série temporal anual de Wiot de 2000 a 2014. A versão de 2016 inclui dados de 56 setores e produtos no nível Isic rev 4 em dois dígitos em um formato indústria por indústria. Assim, são formadas matrizes quadradas, construídas a partir de tabelas insumo-produto nacionais combinadas com informações das contas nacionais e de comércio internacional de cada país. Nos últimos anos, as estatísticas foram produzidas de acordo com um novo sistema de contas nacionais (o SNA 2008, conforme descrito em ISWGNA, 2009). Os valores dos fluxos monetários estão em milhões de dólares e as taxas de câmbio de mercado foram utilizadas para conversão de moeda. Todos os valores de transação estão a preços básicos, refletindo todos os custos ao produtor (TIMMER et al. 2016).

⁶ O número de países oscila dependendo da variável e do período, mas, em geral, são 43 países e algumas informações para outros países denominados “resto do mundo”. Os países são: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Brasil, Bulgária, Canadá, China, Chipre, Coreia do Sul, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estônia, EUA, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Índia, Indonésia, Irlanda, Itália, Japão, Letônia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, México, Noruega, Países Baixos, Polônia, Portugal, Reino Unido, República Tcheca, Romênia, Rússia, Suécia e Taiwan e Turquia.

⁷ Na Wot o setor de saneamento básico está desagregado em S26: Coleta, tratamento e fornecimento de água; e S27: Sistema de esgoto, atividades de coleta, tratamento e eliminação de lixo; reciclagem de materiais e outros serviços de gerenciamento de resíduos.

No Brasil, o referido setor apresentou uma taxa de crescimento maior que a média da amostra de países, tanto em relação ao valor da produção como em relação ao valor agregado, mensurados em dólares correntes⁸. No período 2000-2003, os indicadores de participação do Brasil no valor da produção total (IPVPT) e no valor agregado total (Ipvat) da amostra apresentaram uma queda expressiva (gráfico 1). Já no período 2004-2011, os indicadores mostraram uma forte recuperação, com o Brasil mais que duplicando sua participação na amostra de países. O IPVPT saltou de 1,47% para 3,07% e o Ipvat de 1,76% para 3,88%. Nos anos mais recentes esses indicadores permaneceram relativamente constantes. A queda na participação em 2014 foi, em grande parte, devido à desvalorização cambial. Ainda assim os patamares de 2,56% para o IPVPT e de 3,59% para o Ipvat são muito superiores aos do início da série em 2000 (1,97% e 2,48%, respectivamente).

GRÁFICO 1. Setor de A&E: participação do Brasil no Valor Agregado e Valor da Produção da Amostra* (em %)



Fonte: Mot. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

(*) Ver nota de rodapé 6 para o grupo composto de 43 países.

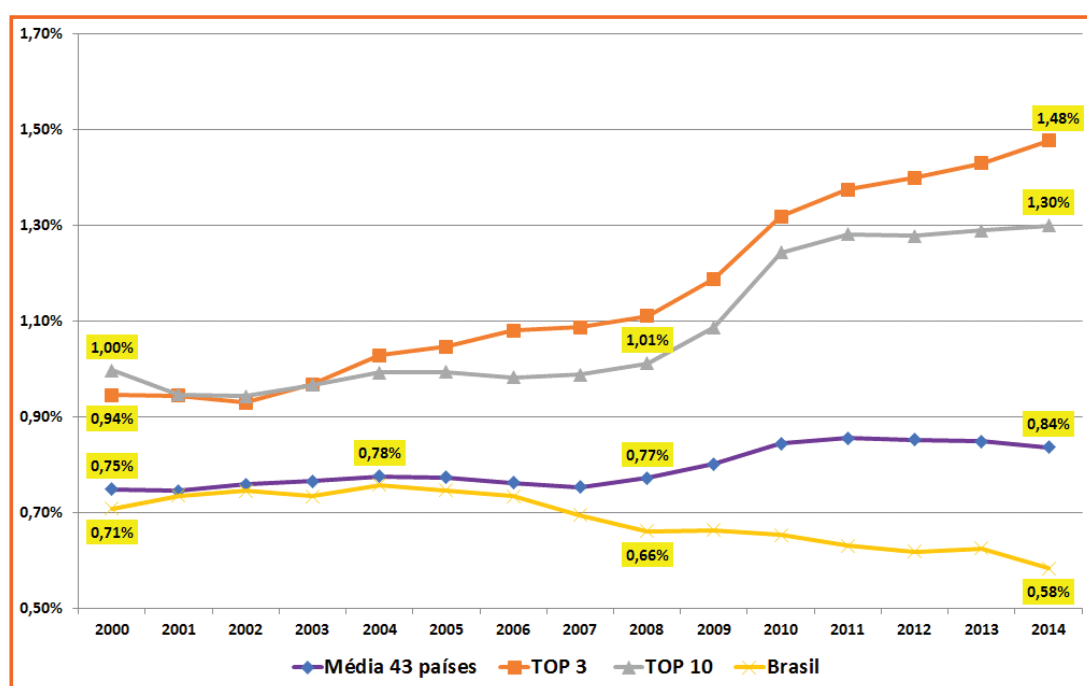
A comparação da evolução do setor de A&E no Brasil com a de países avançados deve ser feita com algumas ressalvas. Os países avançados apresentam infraestruturas básicas (logística, transporte, construção civil, energia, telecomunicação e saneamento), relativamente já consolidadas e com elevado grau de universalização no acesso aos serviços, portanto, com taxas de crescimento e mesmo de investimentos menores que em outras economias em desenvolvimento, como o Brasil. Assim, embora com menor dinamismo, mensurado

⁸ Importante observar que os dados correntes mensurados em dólares são fortemente influenciados pelo comportamento da taxa de câmbio, que oscilou muito no período em análise. Embora a tendência tenha sido de recorrente valorização cambial, o que eleva os valores mensurados em dólar, no período aconteceram algumas bruscas desvalorizações. A taxa nominal de câmbio (R\$/US\$) saltou de 2,32 em abril de 2002 para 3,80 em outubro de 2002, em função das expectativas em torno das eleições presidenciais. Depois passou por um longo período de valorização, atingindo 1,61 em junho de 2008. Com a crise internacional, a taxa se desvalorizou e atingiu o patamar de 2,40 em dezembro de 2008. Novamente se seguiu um longo período de valorização cambial, com a taxa atingindo 1,58 em junho de 2011. A partir de então se observou uma crescente desvalorização cambial, embora com oscilações, com a taxa chegando ao patamar de 4,05 em janeiro de 2016. A desvalorização cambial recente reduz os valores da produção do SSB no Brasil quando mensurados em dólar.

pela taxa de crescimento do valor da produção ou do valor agregado, o peso e a importância do setor de A&E nas economias avançadas é mais significativo. Tendo em conta a necessidade de se reverter o quadro dramático de elevado déficit no acesso aos serviços de saneamento básico⁹, o desempenho recente do setor de A&E brasileiro não pode ser considerado suficiente e adequado. Até porque, como analisaremos a seguir, o setor reduziu seu grau de importância dentro da economia brasileira no período 2000-2014.

Os indicadores de participação do setor de A&E no valor da produção (IPVP) e no valor agregado total da economia (IPVA) permitem avaliar o grau de importância e o desempenho em relação aos demais setores da economia. Como a comparação é realizada com relação a variáveis do próprio país no mesmo período, nesse caso os impactos de variação de preços relativos e da taxa de câmbio são controlados.

GRÁFICO 2. Indicador de Participação do setor de A&E no Valor da Produção Total (IPVP) da Economia 2000-2014 (em %)



Fonte: Wot. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

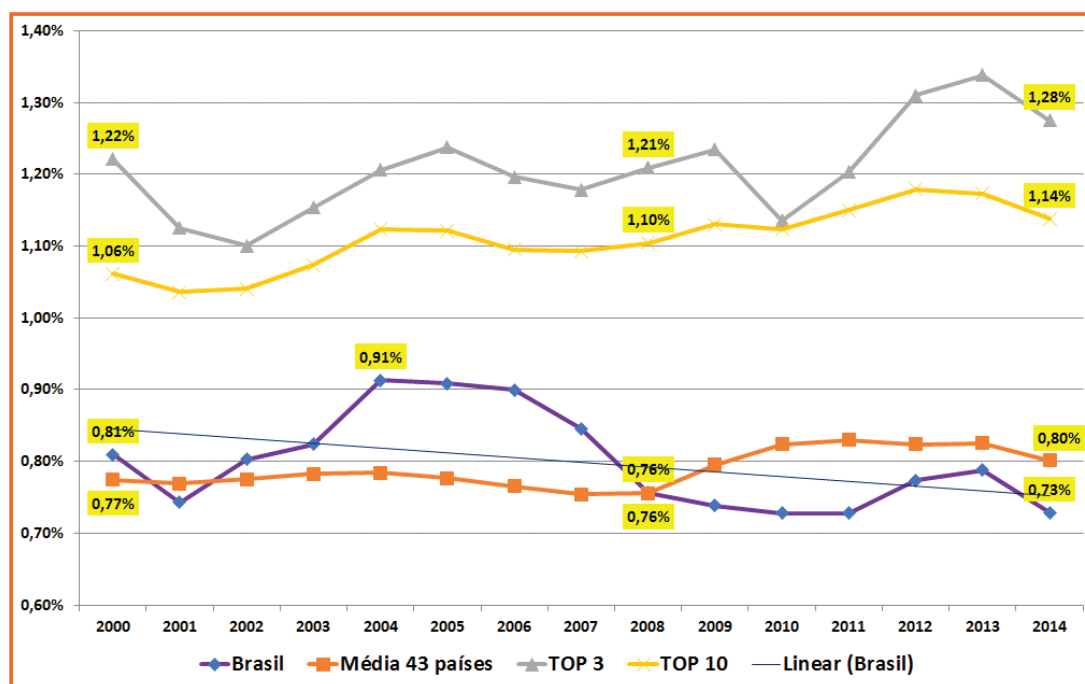
Os gráficos 2 e 3 apontam que o setor de A&E teve uma perda de importância relativamente significativa dentro da economia brasileira no período 2000-2014. No caso do IPVP, houve redução de 0,71% para 0,58% (diminuição de 18% de participação) entre 2000 e 2014. Para o IPVA, embora os patamares sejam mais elevados, houve uma queda de 0,81% para 0,73% (redução de 10%). A perda de participação no setor de A&E na economia brasileira significa que ele teve um crescimento inferior ao crescimento médio dos demais setores tanto em termos de produção como de agregação de valor. Cabe destacar que mesmo no período do ciclo expansivo de investimento (2007-2010), discutido na seção seguinte, houve perda de participação do setor na economia. Já o fluxo constante de investimento do período 2010-2014 não alterou o grau de importância do setor de A&E em relação aos demais setores da economia.

⁹ Segundo o Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto do Sistema Nacional de Informações do Saneamento (Snis) do Ministério das Cidades de 2015, o índice de atendimento com rede de água foi de 83,3% para o total no país (93,1% para as regiões urbanas) e de coleta de esgotos foi de 50,3% para o total (58% para as áreas urbanas). O índice de tratamento de esgotos foi de 42,7% para esgotos gerados e 74% para esgotos coletados em 2014.

Esses resultados são preocupantes e ilustram o padrão de crescimento e desenvolvimento econômico e social no Brasil. O crescimento econômico do período 2000-2014 (3,2% a.a.) foi ligeiramente superior ao dos anos iniciais do processo de redemocratização (taxa de 2,7% a.a. entre 1984-1999). Entretanto, pouco se avançou em termos de oferta de bens e serviços públicos, como é o caso do acesso aos serviços de saneamento básico. Assim, pode-se concluir que não apenas o crescimento econômico foi modesto como também não transbordou para um maior desenvolvimento social.

Vale ressaltar que essa tendência de queda de importância no setor de A&E não se verificou para o IPVP e o IPVA dos países da amostra. Os indicadores apresentaram uma trajetória crescente, sobretudo depois de 2008, quando se iniciou a crise financeira internacional. Esse crescimento de participação do setor de A&E pode ser atribuído à taxa de crescimento econômico menor nos países avançados e à elasticidade da renda do setor relativamente mais baixa quando comparada com a média de outros setores da economia, sobretudo de setores de bens de consumo duráveis. Esse fato permitiu que o setor fosse menos atingido pela crise internacional e a consequente contração da demanda. Além disso, algumas economias avançadas e em desenvolvimento, como, por exemplo, a China, decidiram realizar investimentos em infraestrutura física e social como instrumento de política anticíclica. No período 2008-2014, tanto o IPVP como o IPVA do Brasil ficaram abaixo da média dos países da amostra e muito abaixo dos indicadores do grupo de países com os três (TOP 3) ou os dez (TOP 10) maiores indicadores (ver gráficos 2 e 3).

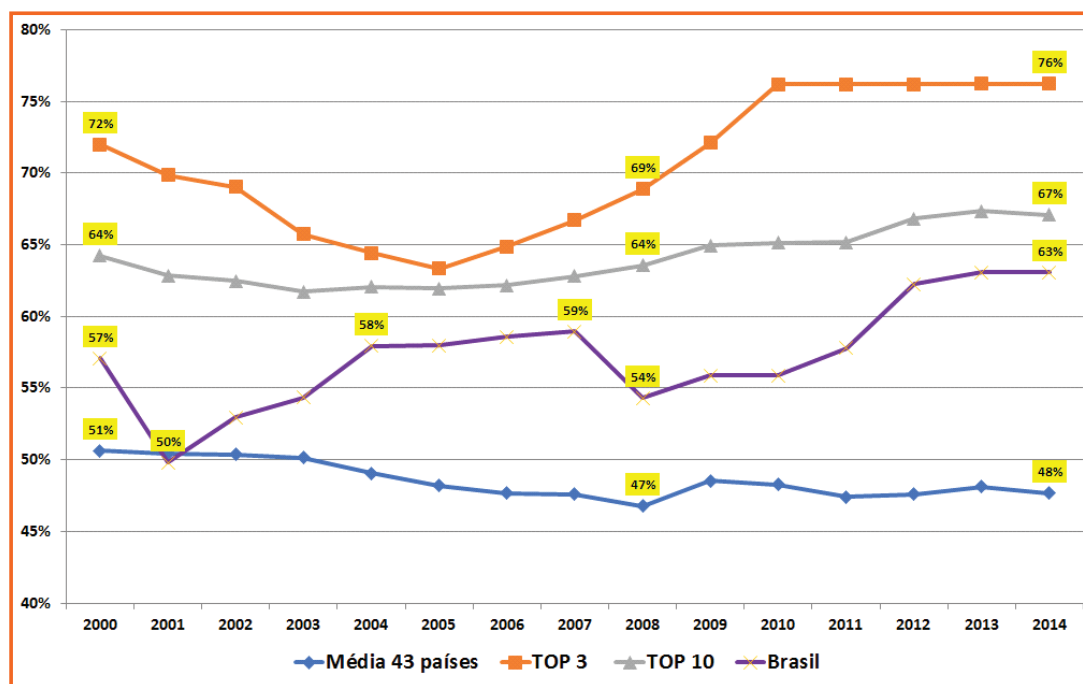
GRÁFICO 3. Indicador de Participação do setor de A&E no Valor Agregado Total (IPVA) 2000-2014 (em %)



Fonte: Wot. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

O Indicador de Participação do Valor Agregado no Valor da Produção (IPVAVP) permite avaliar a capacidade do setor de agregar valor (salários e lucros) em relação aos insumos utilizados na produção. É interessante observar que no caso do setor de A&E no Brasil, o IPVAVP foi crescente no período analisado, saltando de 57% em 2000 para 63% em 2014. Já para a média dos países da amostra, a trajetória foi decrescente e bem inferior à brasileira (caiu de 51% para 48%). Além disso, o indicador brasileiro ficou bem próximo aos números apresentados pelo grupo do TOP-10 (63% contra 67% em 2014).

GRÁFICO 4. Setor de A&E: evolução do Indicador de Participação Setorial no Valor Agregado Total (IPVA) 2000-2014 (em %)



Fonte: Wot. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

Como analisado nas seções seguintes, esse desempenho do IPVAVP no Brasil está associado a dois fatores. O primeiro diz respeito à elevada rentabilidade do setor de A&E no Brasil, sobretudo nas maiores empresas, medida tanto pelo retorno sobre o capital próprio como pela margem líquida de venda¹⁰. O segundo fator é a elevada participação dos salários e da remuneração do capital próprio no valor agregado. Por outro lado, a redução de custo operacional e financeiro parece ter uma contribuição menor para a geração de valor, até porque os investimentos em expansão da rede, assim como em manutenção da estrutura existente têm sido insuficientes para promover ganhos significativos de eficiência e de redução de custo. A permanência de elevadas perdas técnicas e econômicas do sistema¹¹ corroboram esse argumento.

O setor de A&E é de bastante capital intensivo, o que exige investimentos tanto para a ampliação das redes de fornecimento de água e de coleta e tratamento de esgoto como para a maior eficiência do sistema. A título de ilustração, a perda na distribuição de água foi de aproximadamente 37% no Brasil (Snis, 2016), mas também é relativamente alta em outras economias avançadas – EUA 35%, Canadá 35%, Itália 29% e França 26% -, e em economias em desenvolvimento – Índia 46%, México 51% e China 45% (WDI-Banco Mundial e McKinsey Global Institute).

¹⁰ É importante salientar que o indicador de rentabilidade é bastante influenciado pelos dados das empresas consideradas na amostra do estudo, responsáveis por 35% das receitas operacionais (receita faturada), 36% da arrecadação (receita efetiva) e 52% dos investimentos em 2015.

¹¹ Segundo o Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgoto do Sistema Nacional de Informações do Saneamento (SNIS) do Ministério das Cidades de 2015, o índice de perdas na distribuição no Brasil, embora decrescente foi de 36,7% em 2014. O indicador é dado pela relação entre o volume de água produzido e consumido. As perdas podem ser classificadas em dois grupos: aparentes ou não físicas (não faturadas pelo prestador de serviços) e reais ou físicas. As perdas são fortemente influenciadas pelo grau de formalidade da infraestrutura urbana. A cidade informal, que é a regra nos países subdesenvolvidos, é fator explicativo de perdas mais elevadas, situação que é pouco frequente nos EUA, Canadá, Itália e França.

As estimativas de investimentos necessários e efetivamente realizados no SSB global com o objetivo de atingir níveis adequados de eficiência e de acesso aos serviços de água e esgoto oscilam bastante entre agências internacionais e empresas de consultoria. O relatório WWDR 2015 (2016) das Nações Unidas estima que investimentos anuais de US\$53 bilhões durante um período de cinco anos seriam suficientes para se atingir a taxa de universalização de acesso aos serviços de saneamento básico nos países em desenvolvimento.

Segundo dados da empresa McKinsey (2013)¹², atualmente, o mundo investe 3,8% do PIB em setores de infraestrutura (rodovias, ferrovias, portos, aeroportos, energia, telecomunicações e saneamento). Para o período 2013-2030, as estimativas são de investimentos da ordem de US\$57 trilhões, o que corresponderia a US\$3,2 trilhões anuais ou 3,5% do PIB global projetado. O relatório da McKinsey (2013), com base nas previsões da OCDE e do *Global Water Intelligence* até 2016, atualizou e estimou a necessidade de investimentos no mundo para o setor de A&E em US\$11,7 trilhões para o período 2013-2030, o que corresponde a uma média anual de investimentos da ordem de US\$650 bilhões ou 20% dos investimentos totais em infraestrutura. Com base nessas estimativas, o investimento no setor de A&E mundial corresponderia a 0,71% do PIB total.

Como veremos a seguir, esses indicadores globais apontam para uma forte insuficiência da taxa de investimento no setor de A&E no Brasil. A título de comparação, o setor de A&E investiu aproximadamente 0,2% do PIB em 2015 no Brasil, o que representaria menos de 0,6% do investimento global no setor de A&E. Portanto, para atingir a média mundial seria necessário triplicar a taxa de investimento atual. A seção a seguir avalia a evolução e o padrão de investimento do setor de A&E no Brasil.

3- Análise do investimento no setor de saneamento básico no Brasil

A importância do investimento no setor de Água e Esgoto pode ser analisada a partir de duas perspectivas. A primeira diz respeito aos impactos diretos e indiretos do investimento sobre a economia em geral. Segundo a avaliação de Hiratuka e outros (2013), com base na matriz de insumo-produto e de capital, para cada R\$1 bilhão de investimento no setor de A&E, haveria um incremento de R\$1,7 bilhão no valor da produção de toda economia. A massa salarial se expandiria em R\$245 milhões, os lucros em R\$355 milhões e seria gerado um acréscimo de R\$139 milhões em impostos diretos e indiretos. Além disso, seriam gerados 42 mil novos empregos diretos e indiretos em toda cadeia produtiva. Portanto, o investimento no setor de A&E tem um importante efeito multiplicador da renda e do emprego na economia.

Outra dimensão importante dos investimentos no setor de A&E é a ampliação e reposição das redes de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, ampliando as oportunidades e qualidade de acesso da população aos serviços. O Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) de 2013 estabeleceu metas de investimento para se avançar na universalização do acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil até 2033. Tais metas consideraram a evolução da demanda bem como o déficit atual existente no atendimento. Foi utilizada uma metodologia diferente dos indicadores do Snis para avaliar as condições de acesso. O “atendimento adequado” corresponderia a 59,4% para abastecimento de água, 39,7% para esgotamento sanitário e 58,6% para manejo de resíduos sólidos em 2010. O déficit de acesso foi subdividido em “atendimento precário” (33,9% para abastecimento de água, 50,7% para esgotamento sanitário e 27,2% para manejo de resíduos sólidos) e “sem atendimento” (6,8% para abastecimento de água, 9,6% para esgotamento sanitário e 14,2% para manejo de resíduos sólidos).

¹² Ver *Infrastructure productivity: how to save \$1 trillion a year*. McKinsey Global Institute and McKinsey Infrastructure Practice, janeiro de 2013.

Segundo o relatório *Diagnóstico do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento* (Snis) (Brasil, 2017), o país tinha em 2015 um índice de atendimento com rede de água de 83,3% (93,1% para a área urbana) e de 50,3% para coleta de esgotos (58% para a área urbana). O índice de tratamento de esgoto foi de 42,7% para os esgotos gerados e de 74% para os esgotos coletados. Independentemente da metodologia utilizada, os indicadores mostram um elevado déficit no atendimento do saneamento básico no Brasil e a necessidade de elevados investimentos no setor de Água e Esgoto.

As metas de investimento do Plansab para o aumento do acesso eram da ordem de R\$304 bilhões (valores de dezembro de 2012), dos quais R\$ 181,9 bilhões para esgotamento sanitário (R\$9,1 bilhões anuais). Os investimentos seriam destinados para a expansão da coleta e interceptação, expansão do tratamento, expansão das instalações hidrossanitárias, reposição da coleta e interceptação e reposição do tratamento. Para abastecimento de água, seriam destinados R\$122,1 bilhões (R\$6,1 bilhões anuais) distribuídos em expansão da produção e da distribuição, e reposição da produção e da distribuição. A rigor, os investimentos anuais necessários estimados seriam maiores para o primeiro subperíodo 2014-2018 (R\$17,5 bilhões), reduzindo para R\$16,1 bilhões no subperíodo 2019-2023 e para R\$13,6 bilhões no último subperíodo de 2024-2033.

TABELA I. Investimentos necessários no setor de Água e Esgoto (A&E) para os períodos 2014-2018, 2019-2023 e 2024-2033 a partir dos dados do Plansab (valores corrigidos para R\$ milhões de dezembro de 2015)

Investimento necessário	2014-2018	2019-2023	2024-2033	2014-2023
Abastecimento de água	8.746	9.643	6.095	7.645
área urbana	7.964	9.221	5.782	7.187
área rural	783	422	312	457
Esgotamento sanitário	13.150	10.566	10.909	11.384
área urbana	11.387	9.908	10.186	10.417
área rural	1.762	658	723	966
Total	21.894	20.212	17.004	19.028
área urbana	19.351	19.129	15.969	17.604
área rural	2.545	1.080	1.035	1.424

Fonte: Plansab (2013). Atualizado para valores de dezembro de 2015. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

O Snis classifica os investimentos no setor de Água e Esgoto em três categorias: contratante do investimento (operadora, município ou estado), destino segundo a atividade (água, esgoto, despesas capitalizáveis e outros) e a origem dos recursos para o investimento (recursos próprios, onerosos ou não onerosos). Segundo Brasil (2017), com base nos dados do Snis, os investimentos no setor de A&E no país segundo o destino totalizaram R\$12,1 bilhões em 2015, sendo R\$5,7 bilhões para abastecimento de água (47%), R\$5,2 bilhões para esgotamento sanitário (43,3%), R\$562,5 milhões para despesas capitalizáveis, que englobam os gastos com projetos e fiscalização das obras, e R\$611,4 milhões em outros investimentos, que abarcam os bens de uso geral e outros equipamentos e instalações.

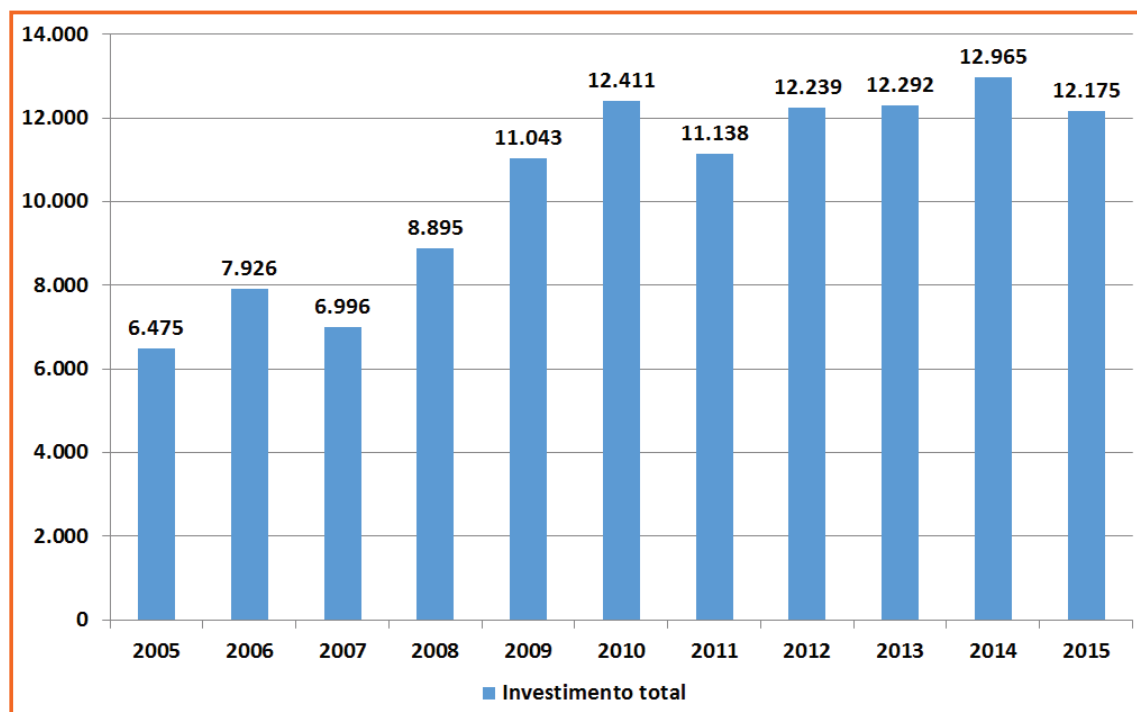
O montante de investimento de R\$12,1 bilhões em 2015 representa menos de 70% do investimento necessário estimado pelo Plansab, que, como visto, estabeleceu uma meta anual de investimento de R\$17,5 bilhões para o período 2014-2018, sendo R\$6,9 bilhões para abastecimento de água e R\$9,1 bilhões para esgotamento sanitário (a preços de dezembro de 2012). Se corrigirmos esses valores para dezembro de 2015, com base

no IPCA (ver tabela 1), os valores dos investimentos necessários aumentariam para R\$21,9 bilhões anuais, sendo R\$13,1 bilhões para esgotamento sanitário e R\$8,7 bilhões para abastecimento de água. Com base nos valores corrigidos, o montante de investimento em 2015 corresponderia apenas a 55% do valor necessário estabelecido pelo Plansab¹³.

A promulgação da Lei 11.445/2007 do Saneamento, assim como o anúncio do primeiro Plano de Aceleração do Crescimento (PAC I) tiveram impactos positivos inéditos sobre os investimentos do setor de A&E. Os dados de investimentos do Snis para o período 2007-2010 apontam um crescimento real expressivo de 77% nos investimentos no setor, saltando de um patamar de R\$7 bilhões em 2007 para R\$12,4 bilhões em 2010 (em valores constantes de 2015). Entretanto, o ciclo expansivo de investimento perdeu força em 2011, apesar do setor ter sido incluído na segunda etapa do Plano de Aceleração do Crescimento de 2010 (PAC II).

No quinquênio 2011-2015, os investimentos ficaram relativamente constantes em torno de um fluxo médio anual de R\$ 12,2 bilhões (gráfico 4), portanto muito aquém dos R\$22 bilhões estimados como necessários pelo Plansab. Um fluxo de investimento da ordem de R\$12 bilhões corresponderia a aproximadamente 0,2% do PIB e 1,1% da formação bruta de capital fixo da economia em 2015. É uma contribuição para a economia e para a taxa de investimento muito baixa para os parâmetros internacionais. Como informado na seção anterior, segundo o relatório da McKinsey (2013), com base nas previsões da OCDE e do *Global Water Intelligence* até 2016, o investimento no SSB mundial corresponderia a 0,71% do PIB total.

GRÁFICO 4. Evolução do Investimento no Setor de A&E em R\$ bilhões a preços constantes 2005-2015 (a valores de 2015)

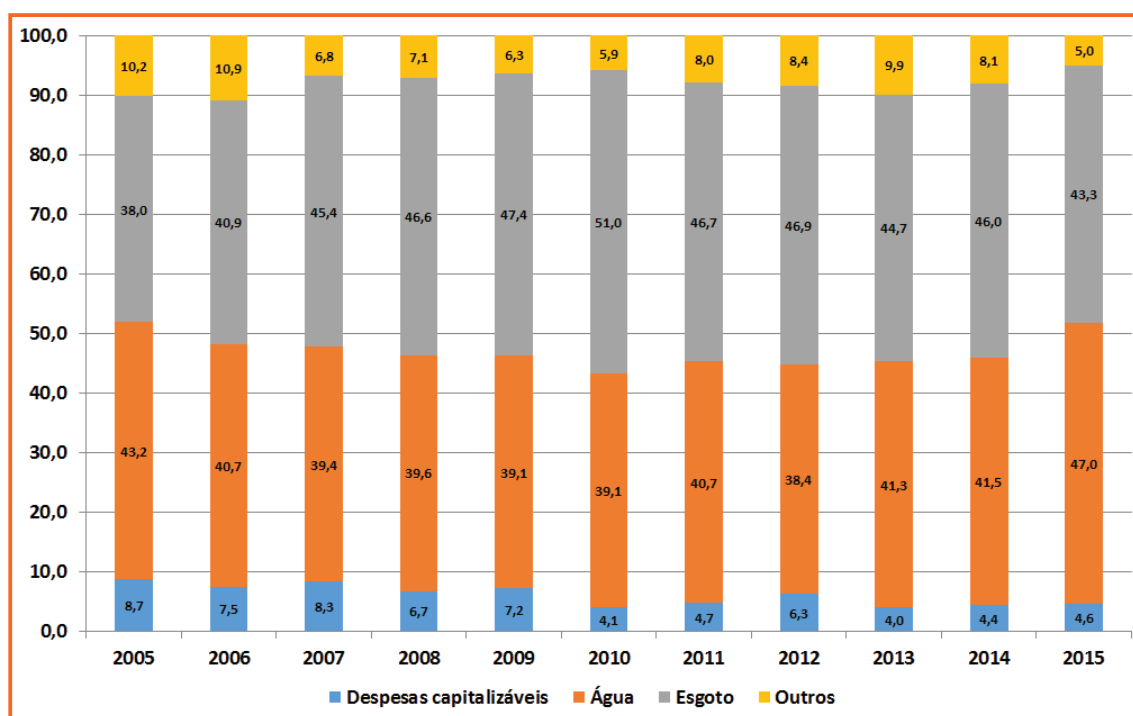


Fonte: Snis. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

¹³ O Snis não capta todo o investimento realizado no setor de Água e Esgoto do país, porém é uma amostra bastante representativa. O sistema coletou informações sobre o abastecimento de água para pouco mais de 5 mil municípios (91% do total de municípios no país) com uma população urbana de 169 milhões de pessoas (98% da população urbana do país) em 2015. No caso do esgotamento sanitário, foram coletadas informações de 3,8 mil municípios (68% do total) com uma população urbana de 159 milhões de pessoas (92% do total) em 2015.

Segundo o Snis, o déficit em atendimento é muito maior para o esgotamento sanitário do que para o abastecimento de água. Para tanto, o Plansab estabelecia uma relação de 60% para investimento em esgotamento sanitário contra 40% para abastecimento de água no período 2014-2018. O gráfico 5 mostra que não houve nenhuma mudança estrutural significativa na destinação dos investimentos no período. No ciclo expansivo de investimento, a participação do esgotamento sanitário no total do investimento cresceu de 45% em 2007 para 51% em 2010, mas voltou a perder espaço, reduzindo para 43% em 2015. Redistribuindo de forma igual entre os dois segmentos (água e esgoto) os demais investimentos (despesas capitalizáveis e outros), a proporção em 2015 foi de 48% para 52%.

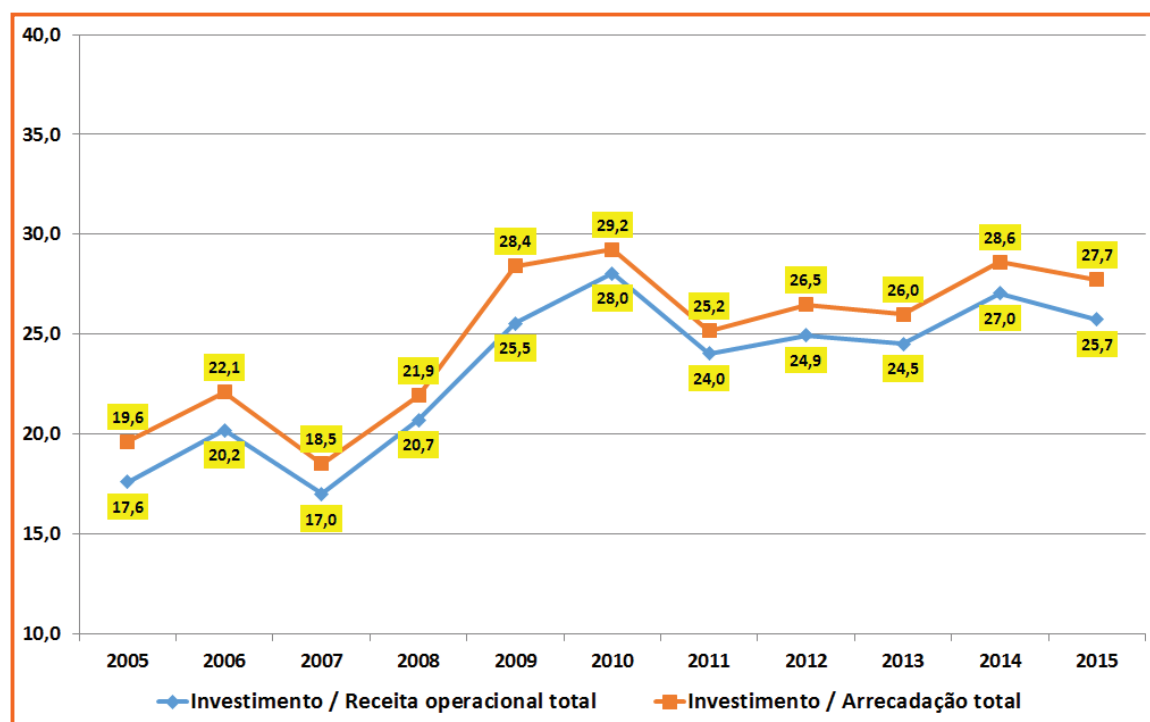
GRÁFICO 5. Distribuição do Investimento no setor de A&E segundo a destinação 2005-2015 (em %)



Fonte: Snis. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

A relação entre o investimento total realizado e a arrecadação total (efetiva) e receita operacional bruta (faturada) é um indicador que permite medir o esforço de investimento das empresas do sistema e seu compromisso com a expansão e reposição da estrutura existente. No ciclo expansivo do investimento (2007-2010), houve um salto do indicador (relação entre investimento total e arrecadação total) do patamar de 18,5% em 2007 para 29,2% em 2010. A elevação do indicador foi consequência da expansão dos investimentos muito acima do incremento das receitas. No período 2011-2015, o indicador oscilou dentro da faixa de 25% a 29% (gráfico 6), interrompendo a tendência ascendente anterior. Como visto, esse período caracterizou-se por uma relativa estabilidade nos investimentos e também nas receitas.

GRÁFICO 6. Brasil: Relação investimento e arrecadação total e receita operacional bruta no setor de A&E 2005-2015 (em %)



Fonte: Snis. Elaboração própria.

Com relação à fonte de financiamento, os investimentos podem ser custeados com recursos próprios das empresas, com recursos onerosos (empréstimos e financiamentos) e não onerosos (recursos orçamentários dos governos municipais, estaduais ou da União, ou seja, não reembolsáveis). Embora seja necessário e até mesmo desejável que uma parcela significativa dos investimentos seja financiada com recursos próprios, o que demonstra uma atividade rentável e empresas com resultados econômicos e financeiros saudáveis, a maior participação dos recursos onerosos (sobretudo empréstimos subsidiados do BNDES e da Caixa Econômica Federal (CEF) e não onerosos (orçamentários) sugere uma visão estratégica de que o setor de A&E é provedor de um serviço que se constitui em um dever do Estado e em um direito inalienável da sociedade brasileira, assim como o acesso à educação, à saúde e à moradia.

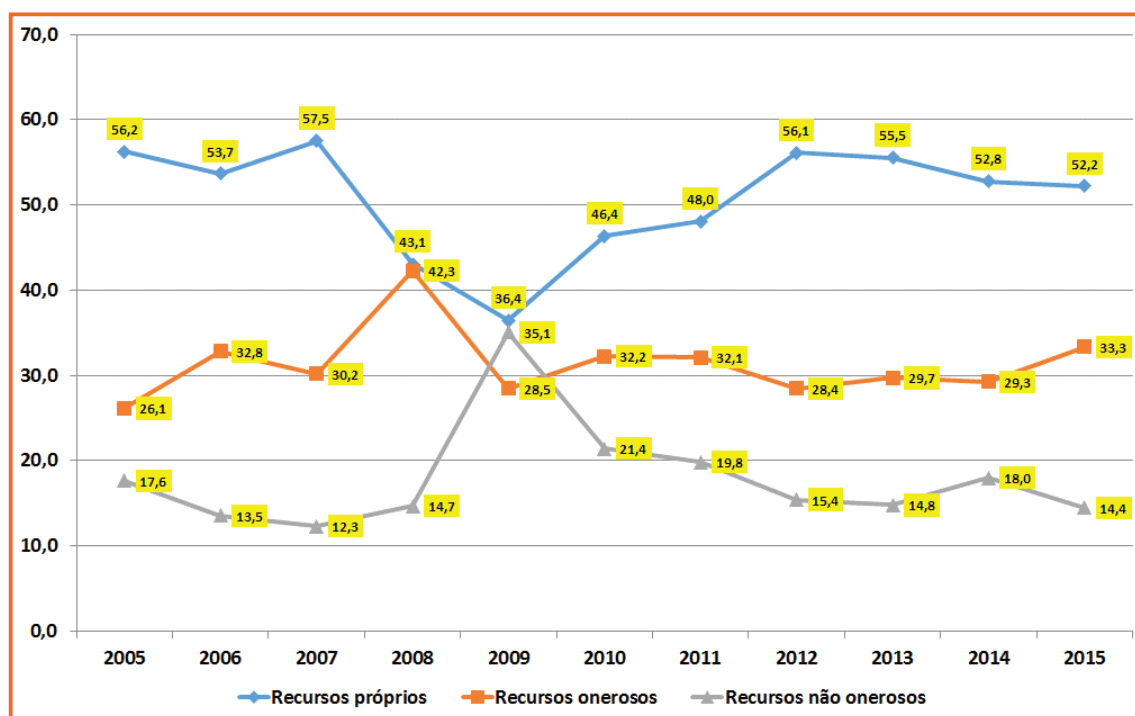
Em todo o período analisado predominaram os recursos próprios, embora oscilando bastante sua participação. No triênio 2007-2009, de forte expansão dos investimentos, houve queda na participação dos recursos próprios no financiamento (de 57,5% em 2007 para 36,4% em 2009), como contrapartida do incremento em 2008 dos recursos onerosos e em 2009 dos recursos não onerosos. A partir de 2009, os recursos próprios recuperaram sua participação no financiamento, saltando de 36,4% em 2009 para 56,1% em 2012 e recuando para 52,2% em 2015 (gráfico 7). Essa tendência aponta que os recursos próprios perderam importância nos períodos de aceleração do investimento e ganharam importância nos períodos de desaceleração e estabilidade dos investimentos.

Os recursos não onerosos (recursos orçamentários) parecem ter tido um papel importante na aceleração dos investimentos a partir de 2007, no período do lançamento da Lei do Saneamento e do PAC I, triplicando sua participação no financiamento dos investimentos (12,5% em 2007 para 35,1% em 2009). A partir de então

os recursos não onerosos reduziram sistematicamente sua participação, atingindo o patamar de 14,4% em 2015, muito próximo do indicador de 2007.

Os recursos onerosos (sobretudo financiamentos públicos do BNDES e da CEF) também tiveram um salto expressivo em 2008, praticamente igualando-se aos recursos próprios no financiamento do investimento, mas recuaram fortemente já em 2009 e depois mantiveram sua participação oscilando entre 28% e 33% no período 2010-2015. No período 2008-2011, a soma dos recursos onerosos e não onerosos superaram os recursos próprios no financiamento dos investimentos, mas foram perdendo participação desde então. A título de ilustração, em 2015, os recursos próprios financiaram 52,2% dos investimentos, contra 33,3% dos recursos onerosos e 14,4% dos recursos não onerosos (gráfico 7). Como veremos a seguir, as grandes empresas do setor de A&E caracterizam-se por um nível de endividamento relativamente baixo quando comparado com a média das empresas de outros setores.

GRÁFICO 7. Brasil: Distribuição do investimento no setor de A&E segundo a origem dos recursos 2005-2015 (em %)



Fonte: Snis. Elaboração própria.

Da análise anterior foi possível concluir que os fluxos anuais de investimentos recentes no setor de A&E estão muito aquém do investimento necessário estimado pelo Plansab para avançar em direção à universalização dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário nos próximos 20 anos. E mais, as taxas de investimentos do setor são inferiores ao padrão internacional, quando mensurada a sua participação no PIB ou sua contribuição para a taxa de investimento total da economia. A insuficiência de investimentos esteve associada à elevada dependência do financiamento com recursos próprios e, portanto, das tarifas e da rentabilidade operacional, e também a menor utilização de recursos de terceiros (onerosos e não onerosos). A próxima seção vai analisar os indicadores de rentabilidade, endividamento e risco a partir de um grupo selecionado de grandes empresas do setor de A&E, para aprofundar a discussão em torno das estratégias financeiras adotadas e seus impactos sobre os investimentos no setor.

4- Análise do desempenho econômico e financeiro do investimento em grandes empresas regionais selecionadas

A primeira seção do trabalho apontou um menor grau de importância do setor de A&E dentro da economia no Brasil quando comparado a uma amostra de 43 países desenvolvidos e em desenvolvimento. Além de baixo, o peso do setor na economia reduziu, o que pode ser parcialmente explicado pela evolução dos investimentos setoriais que, em relação ao PIB, tem ficado abaixo do padrão internacional. A segunda seção aprofundou a discussão do investimento no setor de A&E. A análise apontou que os fluxos médios investidos no período 2010-2015 representam pouco menos de 60% dos fluxos estimados como necessários pelo Plansab para se avançar na redução do déficit de acesso aos serviços de água e esgoto e na direção da universalização.

Nesta seção será realizada uma comparação dos desempenhos econômico e financeiro de quatro importantes empresas do setor de A&E no Brasil com o desempenho de uma amostra representativa de 237 grandes empresas de capital aberto de diferentes setores não financeiros¹⁴.

Em linhas gerais, os indicadores apontam para uma elevada rentabilidade e um menor grau de endividamento das empresas selecionadas do setor de A&E vis-à-vis a amostra das demais grandes empresas de outros setores não financeiros. No entanto, esses lucros não têm sido integralmente reinvestidos nas empresas do setor de A&E, em que pese a necessidade premente de ampliação e modernização das redes de água e esgoto para ampliar o acesso da população a esses serviços essenciais, mesmo nos estados mais ricos como São Paulo, Minas Gerais e Paraná. A rigor, como mostram os indicadores econômicos e financeiros a seguir, uma parcela significativa dos lucros tem sido destinada à remuneração dos acionistas na forma de distribuição de lucros e dividendos, muito acima do obrigatório por lei. Uma segunda característica importante que os indicadores apontam é a elevada capacidade de agregação de valor do setor de A&E. Nas grandes empresas selecionadas do setor, destacam-se, além da elevada capacidade de agregação de valor, a maior distribuição proporcional desse valor agregado para a remuneração do capital próprio e para os salários; e uma distribuição proporcionalmente menor em relação às demais grandes empresas de outros setores para o capital de terceiros e impostos.

A amostra de empresas do setor de A&E é composta da Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa) e Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (Casan)¹⁵. A escolha dessas empresas deve-se ao fato de que são instituições de capital aberto e bastante representatividade dentro do setor. A tabela 2 fornece informações sobre a participação do grupo de empresas selecionadas no setor de A&E. Nela é possível identificar redução significativa do grupo na sua participação na arrecadação e receita total do Setor de A&E entre 2005-2015, sinalizando um maior crescimento de empresas fora dos estados mais ricos e de melhores indicadores de acesso. Por outro lado, o referido grupo tem contribuído com quase a metade dos investimentos, o que se contrapõe à tendência de relativa desconcentração econômica da atividade do setor de A&E e sinaliza que as assimetrias existentes em termos de acesso aos serviços entre as regiões devam se ampliar. A título de ilustração, o grupo foi responsável por 35% das receitas operacionais (receita faturada), 36% da arrecadação (receita efetiva) e 52% dos investimentos em 2015.

¹⁴ Os indicadores utilizados são do Instituto Assaf com base nos dados e informações da CVM.

¹⁵ A exclusão da Cedae-RJ da amostra, segunda maior prestadora de serviço de saneamento básico no Brasil, foi em razão de não ser uma empresa de capital aberto e por ter uma baixa participação nos investimentos totais. Segundo o Snis (2016), a Cedae foi responsável por apenas 1,8% dos investimentos do setor de Água e Esgoto em 2015.

TABELA 2. Participação das empresas selecionadas na receita, arrecadação e investimento total do setor de saneamento básico (em %)

Indicador	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Receita operacional total (em %)	42,5	42,2	41,1	40,5	40,4	39,2	38,8	38,2	38,0	35,5	34,7
Arrecadação total (em %)	43,4	43,2	42,8	42,6	43,3	41,4	40,3	39,9	39,4	38,0	36,2
Investimentos totais do prestador de serviços (em %)	44,7	49,9	47,0	45,0	51,5	41,4	45,7	41,6	45,4	45,6	52,4

Fonte: Snis (2016). Elaboração: Neit-IE-Unicamp.

A Sabesp é a maior prestadora de serviços de saneamento básico no Brasil e está classificada na 40ª posição no ranking das mil maiores empresas não financeiras do Brasil em 2016, com receita líquida de R\$14 bilhões, lucro líquido de R\$2,9 bilhões, ativo total de R\$36,7 bilhões e patrimônio líquido de R\$15,4 bilhões (Valor, 2017). A Sabesp é uma empresa de economia mista e capital aberto com ações negociadas no Mercado Bovespa desde 4 de junho de 1997. A empresa participa do Novo Mercado da Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros (BM&F Bovespa) e da New York Stock Exchange (Nyse) (ADR nível III) desde 2002. Com 683.509.869 ações ordinárias, o governo do Estado de São Paulo detém 50,3 % das ações da Sabesp. As demais são negociadas na BM&F Bovespa (29,9%) e na Nyse (19,8%). A empresa atua em serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário em 364 dos 645 municípios paulistas.

A Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa) é a terceira maior prestadora de serviço de saneamento, atrás apenas da Sabesp e da Cedae-RJ, com receita líquida de R\$4 bilhões, lucro líquido de R\$434,2 milhões, ativo total de R\$10,9 bilhões e patrimônio líquido de R\$5,9 bilhões em 2016 (Valor 2017). A Copasa (BM&F Bovespa: CSMG3) é uma sociedade de economia mista brasileira com sede em Minas Gerais. É responsável pela prestação de serviços de saneamento em 576 municípios do estado mineiro. Possui 126.751.023 ações ordinárias, das quais o governo do Estado de Minas Gerais detém 51,5%. Em tesouraria estão 0,28% das ações e o restante é negociado na BM&F Bovespa (48,55%). Em 2006, a Companhia realizou sua oferta inicial de ações (Initial Public Offering - IPO), ingressando no Novo Mercado da BM&F Bovespa. A empresa não possui ações negociadas na bolsa de Nova Iorque.

A Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (Casan) é a menor prestadora de serviço da amostra com receita líquida de R\$917 milhões, lucro líquido de R\$28,4 milhões, ativo total de R\$2,9 bilhões e patrimônio líquido de R\$1,3 bilhão (Valor 2017). A Casan é uma empresa de capital misto, criada em 1970, que atende atualmente 199 municípios. A empresa tem ações listadas no Mercado Bovespa desde 1998, possuindo hoje 357.547.216 ações ordinárias (CASN3) e 357.547.216 ações preferenciais (CASN4). O estado de Santa Catarina detém 64,21% do total de ações, as Centrais Elétricas do Estado de Santa Catarina (Celesc) 15,48%, a SC Parcerias 18,03% e a Codesc 2,28%. A empresa não possui ações negociadas na bolsa de Nova Iorque.

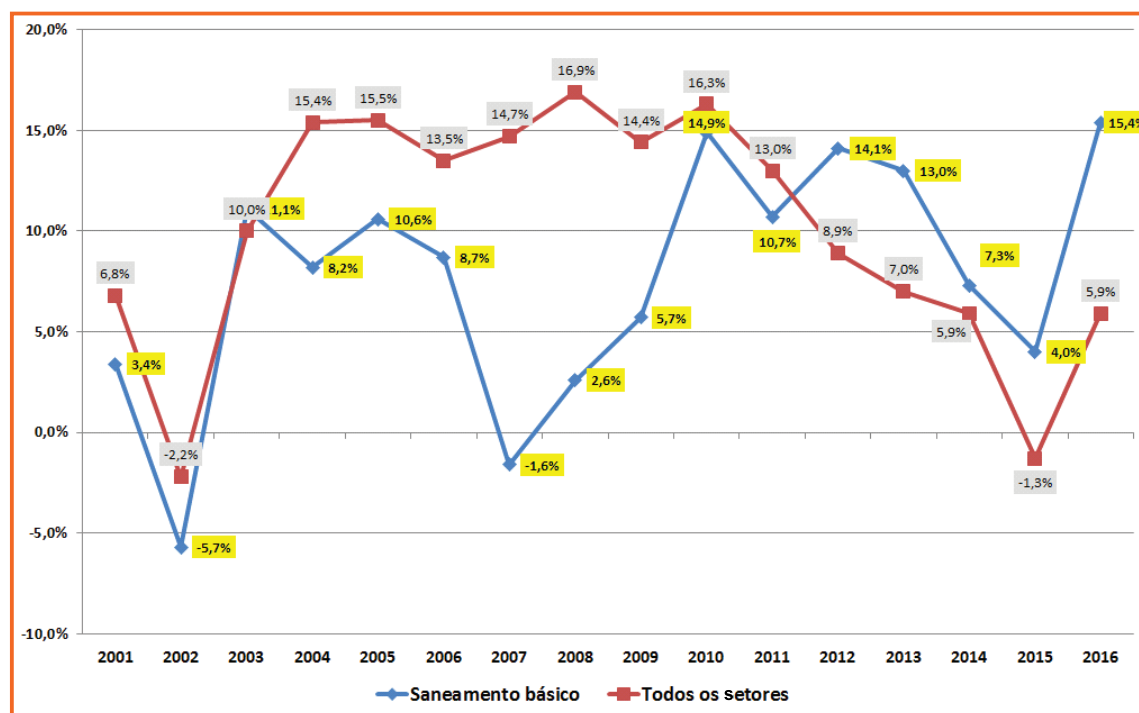
A Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar) é a quarta maior prestadora de serviço de saneamento básico no Brasil com receita líquida de R\$3,5 bilhões, lucro líquido de R\$626,8 milhões, ativo total de R\$9,5 bilhões e patrimônio líquido de R\$4,8 bilhões em 2016. Fundada na década de 1960, a Sanepar é uma sociedade de economia mista e de capital aberto, controlada pelo estado do Paraná. A Companhia é responsável pela prestação de serviços de saneamento básico em 345 cidades do referido estado e em 291 localidades de menor porte. Possui 167.911.724 ações ordinárias (SAPR3) negociadas no Novo Mercado BM&F Bovespa desde 2013 e 335.823.449 ações preferenciais (SAPR4), listadas no Mercado Bovespa desde o ano 2000 e, depois, no Novo Mercado a partir de 2002. Das ações ordinárias, o governo do estado do Paraná detém 89,4%

e a Companhia Paranaense de Energia (Copel 4,74%), o restante está aberto aos demais acionistas. Das ações preferenciais, a Copel detém 10,8%. A empresa também não possui ações listadas na bolsa de Nova Iorque.

Uma hipótese possível a ser aventada para os insuficientes investimentos no setor de A&E no período recente seria uma baixa e/ou decrescente rentabilidade no setor. Como visto, uma parcela importante dos investimentos tem sido financiada preponderantemente por recursos próprios, portanto uma menor capacidade de geração de caixa e acumulação de recursos próprios comprometeria as decisões de investimento. Além disso, uma baixa rentabilidade afugentaria novos investidores e aumentaria os riscos de utilização de recursos de terceiros (empréstimos e financiamentos).

O indicador de retorno sobre o capital próprio (ROE), mensurado pelo lucro líquido em relação ao capital próprio das empresas selecionadas, foi crescente, embora inferior ao da média dos setores de empresas não financeiras no período de expansão do investimento (2007-2010). O indicador atingiu uma taxa de retorno de 15% em 2010 (contra -1,6% em 2007). No período 2012-2015, de relativa estabilidade nos investimentos, a amostra de empresas do setor de A&E apresentou taxas de retornos decrescentes, embora ainda bem superiores as da média dos demais setores. A crise hídrica em algumas regiões, como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, e o impacto da alta dos juros sobre as despesas financeiras explicam o aumento dos custos operacionais e financeiros e a retração da rentabilidade¹⁶. A taxa média de retorno sobre o capital próprio no período 2010-2016 foi de 11,3% (contra 8% para a média dos setores) que é bastante expressiva para um setor capital intensivo e com elevada imobilização de capital próprio. Nesse sentido, a evolução da rentabilidade na amostra de empresas do setor de A&E não corrobora com o argumento da baixa rentabilidade como determinante ou condicionante dos reduzidos investimentos (gráfico 8 e tabela 2).

GRÁFICO 8. Retorno sobre o Capital Próprio: relação lucro líquido e patrimônio líquido 2001-2016 para a amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)

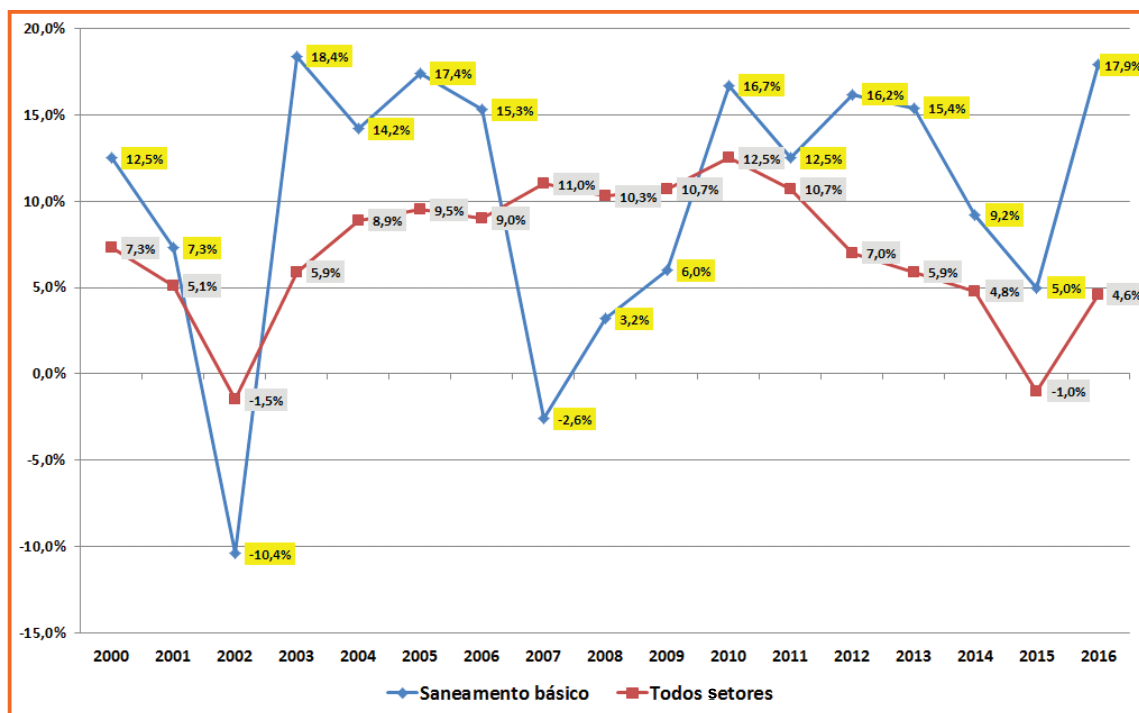


Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração própria.

¹⁶ A crise hídrica provocou queda de receita devido à queda no volume de água faturada e à política de bônus para a economia de consumo. Os custos de captação e de tratamento de água também aumentaram.

O indicador de margem líquida (IML), dado pela relação entre o lucro líquido e as receitas líquidas de vendas, também aponta taxas crescentes de rentabilidade para a amostra do setor de A&E no período 2007-2010 de expansão dos investimentos. As margens líquidas saíram de um patamar negativo de -2,6% em 2007 para 16,7% em 2010 (contra 12,5% para a média dos setores). No período 2010-2016 de estabilidade dos investimentos, a margem líquida média do setor de saneamento básico foi ainda maior (13,3%) e mais que o dobro da margem líquida de 6,4% da média da amostra dos demais setores (gráfico 9 e tabela 2).

GRÁFICO 9. Margem líquida de vendas: relação lucro líquido e receita líquida de vendas para amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)



Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração própria.

TABELA 2. Indicadores Financeiros e de Rentabilidade da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Giro do Investimento												
Saneamento básico	0,18	0,16	0,19	0,23	0,25	0,54	0,51	0,52	0,51	0,48	0,45	0,49
Média dos Setores	0,9	0,83	0,76	0,94	0,81	0,74	0,73	0,81	0,76	0,75	0,73	0,69
Margem líquida												
Saneamento básico	17,4%	15,3%	-2,6%	3,2%	6,0%	16,7%	12,5%	16,2%	15,4%	9,2%	5,0%	17,9%
Média dos Setores	9,5%	9,0%	11,0%	10,3%	10,7%	12,5%	10,7%	7,0%	5,9%	4,8%	-1,0%	4,6%
Retorno sobre o Patrimônio líquido												
Saneamento básico	10,6%	8,7%	-1,6%	2,6%	5,7%	14,9%	10,7%	14,1%	13,0%	7,3%	4,0%	15,4%
Média dos Setores	15,5%	13,5%	14,7%	16,9%	14,4%	16,3%	13,0%	8,9%	7,0%	5,9%	-1,3%	5,9%
Geração de Caixa EBITDA / Vendas												
Saneamento básico	46%	45%	35%	58%	31%	38%	35%	36%	37%	30%	34%	36%
Média dos Setores	34%	34%	35%	25%	23%	30%	29%	22%	23%	21%	22%	25%
Geração de Caixa EBITDA / Despesas financeiras												
Saneamento básico	377%	374%	142%	198%	149%	514%	368%	558%	514%	366%	182%	1496%
Média dos Setores	365%	376%	478%	237%	288%	408%	328%	334%	321%	277%	149%	240%

Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração própria.

Finalmente, o Indicador Giro do Investimento (IGI), dado pela relação entre as receitas líquidas de venda e o total do capital investido (investimento fixo mais investimento em capital de giro) das empresas selecionadas avalia para cada unidade investida quanto a empresa realiza em vendas. Esse é o único indicador desfavorável ao setor de A&E vis-à-vis os demais setores. O IGI do setor de A&E foi sistematicamente inferior ao da média dos demais setores. Isso se explica pelo fato de que o esse setor é bastante capital-intensivo, como a maioria dos setores de infraestrutura, o que gera a necessidade de um elevado volume de capital investido para ampliar a produção e as vendas.

Tanto o retorno sobre o capital próprio quanto a rentabilidade da atividade foram adequadas na amostra de empresas do setor de A&E no período recente e, portanto, não podem ser apontados como obstáculos à ampliação dos investimentos no setor. Em particular, o indicador de retorno sobre o capital próprio foi bastante satisfatório sabendo-se que se trata de um setor capital-intensivo com uma elevada relação capital/produto e que o capital próprio é a principal fonte de financiamento do investimento no setor de A&E, sobretudo para as grandes empresas.

Outra hipótese a ser averiguada com relação aos entraves ao investimento seria a existência de um elevado grau de endividamento das empresas selecionadas do setor de A&E. Um exorbitante endividamento provocaria maiores despesas financeiras, reduzindo os recursos disponíveis, e poderia ampliar o risco da atividade e de novos projetos de investimento. De fato, no período 2007-2010 de expansão dos investimentos, as empresas selecionadas do setor de A&E aumentaram sua alavancagem financeira. Em 2009, o indicador de endividamento total (fim de período), mensurado pela relação entre o passivo total (passivo circulante mais o exigível de longo prazo) e o patrimônio líquido, atingiu o patamar número 4, ou seja, para cada um milhão de capital próprio investido, o setor tomou quatro milhões de capital de terceiros. A título de comparação, para a média dos demais setores não financeiros da economia, o indicador foi de apenas 1,35 em 2009. Quando se consideram apenas os passivos onerosos (empréstimos e financiamentos), entendidos como aqueles que geram encargos financeiros, o indicador foi de 2,72 contra apenas 0,67 para o indicador da média dos setores (tabela 3).

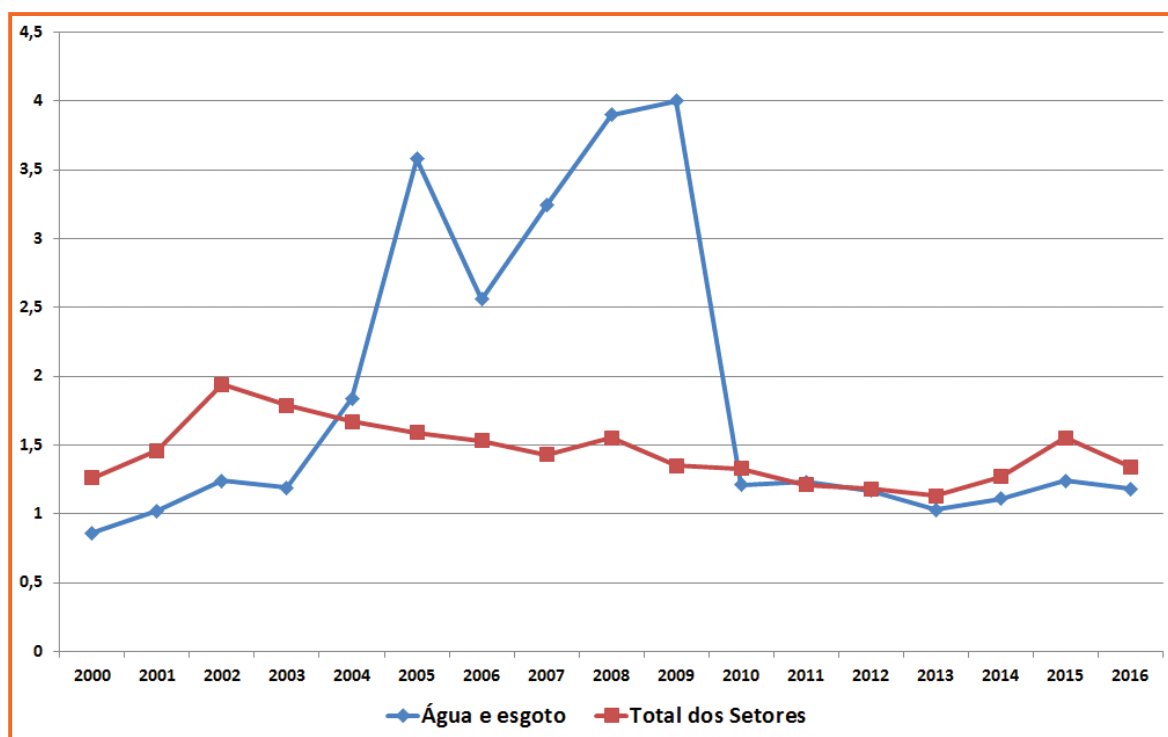
TABELA 3. Indicadores de endividamento 2005-2016 da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Endividamento total (fim de período)												
Saneamento básico	3,58	2,56	3,24	3,90	4,00	1,21	1,23	1,17	1,03	1,11	1,24	1,18
Média dos Setores	1,59	1,53	1,43	1,55	1,35	1,33	1,21	1,18	1,13	1,27	1,55	1,34
Endividamento total médio												
Saneamento básico	2,74	3,01	2,90	3,57	3,75	1,21	1,21	1,19	1,12	1,07	1,17	1,21
Média dos Setores	1,63	1,56	1,48	1,46	1,38	1,40	1,20	1,15	1,07	1,20	1,41	1,44
Endividamento oneroso médio												
Saneamento básico	2,34	2,58	2,26	2,64	2,72	0,65	0,67	0,66	0,64	0,66	0,75	0,74
Média dos Setores	0,83	0,82	0,77	0,75	0,67	0,75	0,65	0,58	0,56	0,66	0,82	0,83
Passivo total médio / Ativo total médio												
Saneamento básico	73%	75%	74%	78%	79%	55%	55%	54%	53%	52%	54%	55%
Média dos Setores	62%	61%	60%	59%	58%	58%	55%	54%	52%	55%	59%	59%
Passivo oneroso médio / Ativo total médio												
Saneamento básico	63%	64%	58%	58%	57%	30%	30%	30%	30%	32%	34%	34%
Média dos Setores	31%	32%	31%	30%	28%	31%	30%	27%	27%	30%	34%	34%

Fonte: Instituto Assad com base nos dados da CVM.

É possível observar que a partir de 2010 as empresas selecionadas do setor de A&E adotaram uma estratégia de forte redução do grau de endividamento. O indicador de endividamento total (fim de período) despencou de 4 para 1,2 de 2009 para 2010, enquanto o indicador de endividamento oneroso caiu de 2,72 para 0,65, aproximando os indicadores da amostra de empresas do setor de A&E da média dos demais setores. No período de 2010-2016, de relativa estabilidade nos fluxos de investimentos setoriais, o endividamento total manteve-se reduzido e variando em torno de 1,1 a 1,2, bem abaixo da média dos demais setores.

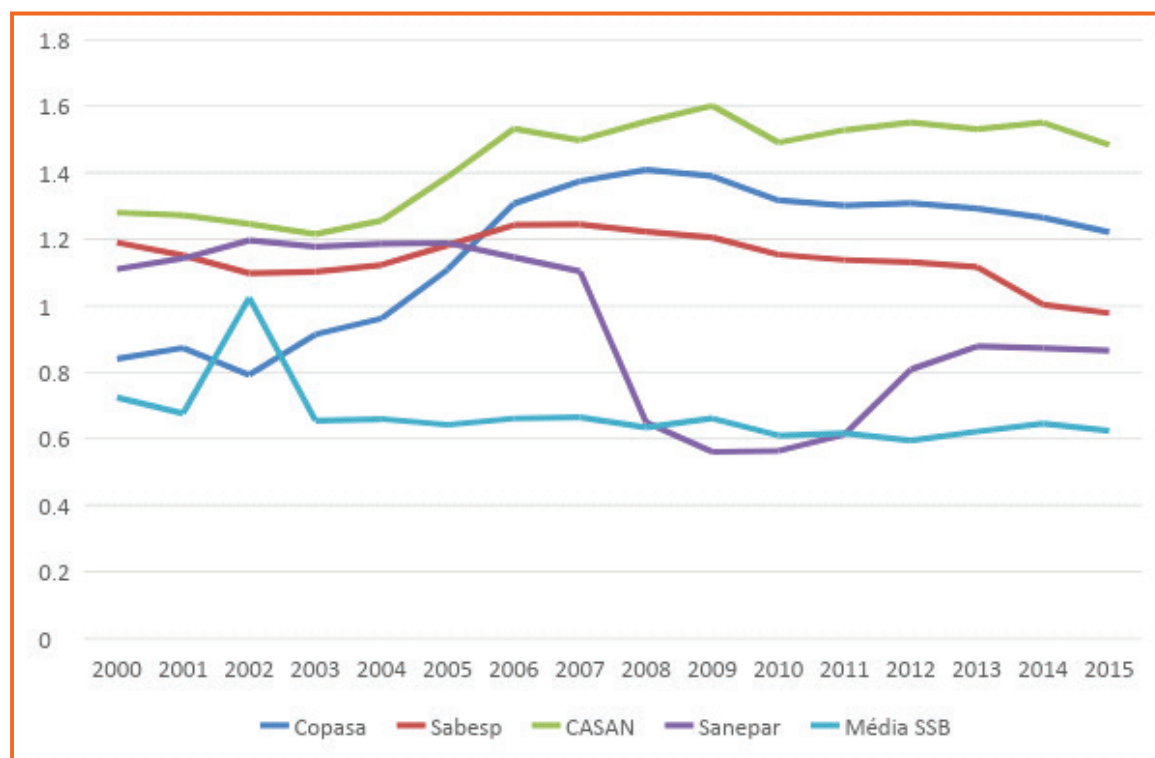
GRÁFICO 10. Evolução do endividamento total da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros 2000-2016 (em %)



Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração própria.

Como visto, as empresas selecionadas do setor de A&E reduziram seu grau de endividamento e tem adotado a estratégia de manter um nível de endividamento bem baixo, o que reduz as despesas financeiras com relação ao capital oneroso. A geração de fluxo de caixa (Ebitda) em relação às despesas financeiras, também denominada de cobertura de juros, sempre foi superior a 100% e muito mais favorável no setor de A&E que na média dos demais setores (tabela 2). Esse desempenho é decorrência do menor grau de endividamento oneroso do setor vis-à-vis a média dos demais setores. Além disso, a desalavancagem financeira promovida pelas empresas selecionadas do setor de A&E a partir de 2009 contribuiu para os bons resultados no período de 2010-2016. A exceção foi o ano de 2015, em que as despesas financeiras foram bastante elevadas, provavelmente por conta da alta das taxas de juros e da desvalorização cambial, que atingiu algumas empresas com endividamento externo, como é o caso da Sabesp.

O indicador de geração de caixa em relação às vendas avalia a capacidade da empresa de geração interna de caixa ou recursos próprios. Como visto, os recursos próprios foram preponderantes no setor de A&E para o financiamento do investimento. As empresas selecionadas do setor de A&E apresentaram um indicador muito mais robusto do que a média dos demais setores (tabela 2). Inclusive o argumento de defasagem tarifária perde robustez na comparação entre as empresas selecionadas e a média geral do setor de A&E (gráfico 11).

GRÁFICO 11. Tarifa média praticada pelas empresas selecionadas e média das demais empresas do setor de A&E no Brasil 2005-2015 (R\$/m³ - preços de 2000)

Fonte: Snis. Elaboração própria.

Portanto, o nível relativamente baixo de endividamento das empresas selecionadas do setor de A&E, sobretudo para um setor capital-intensivo, e um fluxo de despesas financeiras compatíveis com a geração de caixa não podem ser apontados também como obstáculos à expansão dos investimentos.

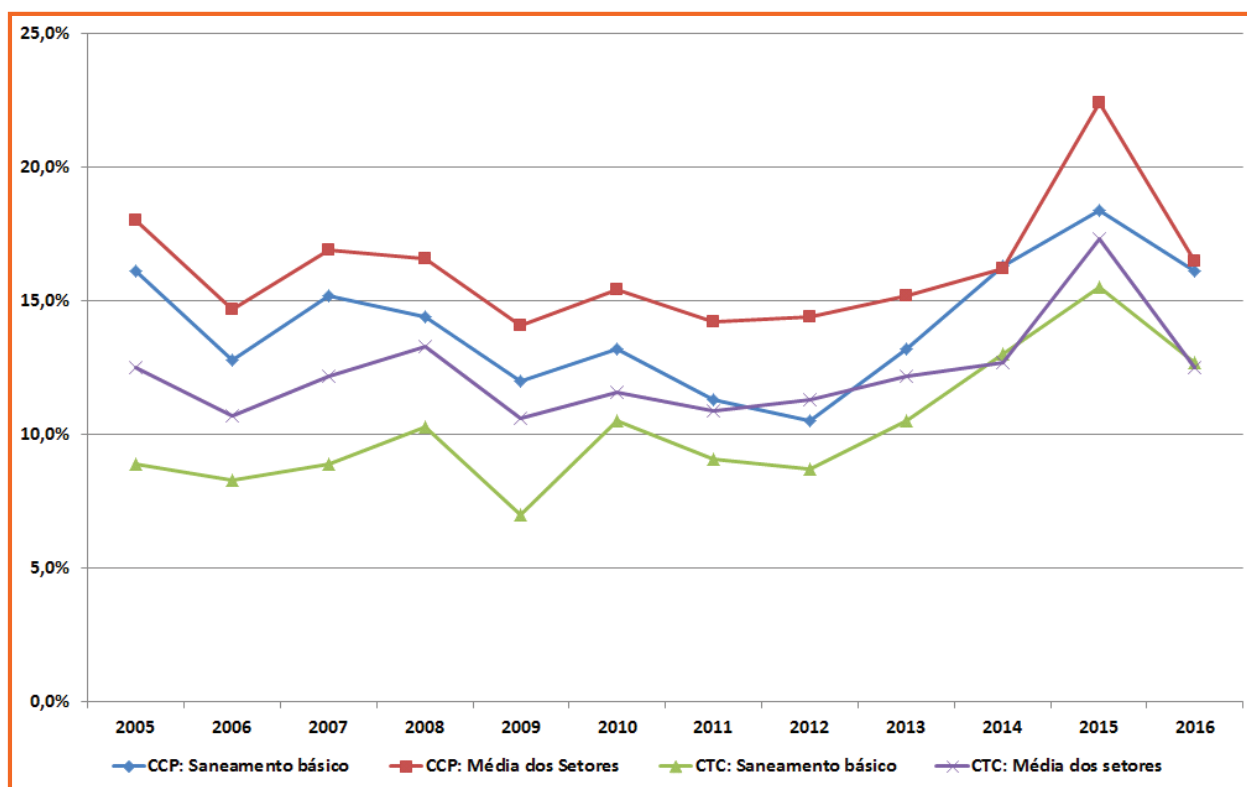
TABELA 4. Indicadores de custo do capital da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)

Indicadores	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Custo médio do capital (WACC)												
Saneamento básico	8,9%	8,3%	8,9%	10,3%	7,0%	10,5%	9,1%	8,7%	10,5%	13,0%	15,5%	12,7%
Média dos Setores	12,5%	10,7%	12,2%	13,3%	10,6%	11,6%	10,9%	11,3%	12,2%	12,7%	17,3%	12,5%
Custo do capital próprio (CCP)												
Saneamento básico	16,1%	12,8%	15,2%	14,4%	12,0%	13,2%	11,3%	10,5%	13,2%	16,3%	18,4%	16,1%
Média dos Setores	18,0%	14,7%	16,9%	16,6%	14,1%	15,4%	14,2%	14,4%	15,2%	16,2%	22,4%	16,5%
ROE Econômico (ROE menos CCP)												
Saneamento básico	-5,5%	-4,1%	-16,8%	-11,8%	-6,3%	1,7%	-0,6%	3,6%	-0,2%	-9,0%	-14,4%	-0,7%
Média dos Setores	-2,5%	-1,2%	-2,2%	0,3%	0,3%	0,8%	-1,2%	-5,5%	-8,2%	-10,3%	-23,7%	-10,7%
ROCE Econômico (ROE menos WACC)												
Saneamento básico	-4,8%	-4,7%	-5,5%	-4,8%	-1,8%	0,3%	-	0,9%	-0,9%	-6,3%	-8,1%	-3,9%
Média dos Setores	1,1%	1,7%	-0,4%	2,6%	1,7%	0,1%	0,3%	-2,5%	-3,4%	-5,1%	-9,8%	-4,0%
Valor de Mercado da Empresa e Capital Total Investido												
Saneamento básico	81,5%	86,1%	42,2%	61,4%	75,8%	109,5%	96,1%	124,6%	98,9%	58,1%	46,8%	97,0%
Média dos Setores	88,9%	93,8%	89,8%	99,4%	101,8%	104,0%	93,1%	69,2%	57,1%	51,1%	24,6%	53,5%

Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração própria.

Um outro fator importante para ser avaliado com relação ao investimento está associado aos riscos da atividade do setor de A&E e de novos projetos de investimento. O indicador de custo do capital próprio (CCP) pode ser entendido como um custo de oportunidade dos acionistas da empresa e mensura, com base na metodologia do CAPM, a remuneração mínima exigida pelos investidores com base no risco oferecido pelo investimento na atividade. Assim, quanto maior o risco, maior o retorno exigido. Já o custo total do capital (CTC) é um custo médio de capital das diferentes fontes de financiamento (capital próprio e de terceiros), ponderadas segundo a participação de cada fonte na estrutura de capital da empresa. O indicador avalia a taxa mínima esperada do capital investido. Com base nessa metodologia, o gráfico 12 e a tabela 4 permitem observar que o setor de A&E apresenta um risco, medido pelo custo do capital próprio e total do capital, inferior ao da média dos demais setores não financeiros.

GRÁFICO 12. Custo do capital próprio e custo total do capital (WACC) da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %) 2005-2016



Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

O indicador de valor de mercado da empresa em relação ao capital total investido avalia a capacidade de criação de riqueza. Quando é superior a 100% significa que o investimento aumentou o valor da empresa e, portanto, criou valor ou riqueza para o acionista. O ciclo expansivo dos investimentos de 2007-2010 foi acompanhado de uma elevação do indicador, que atingiu 110% no fim do ciclo em 2010. Já no período de estabilidade dos investimentos, o indicador retornou ao patamar inferior a 100%, embora tenha criado mais valor que a média dos demais setores (tabela 4).

Outro aspecto importante a ser analisado diz respeito à destinação dos recursos próprios ou dos lucros. Com a estratégia adotada pelas empresas de um baixo endividamento, ou seja, uma menor utilização de capital de terceiros para financiar as atividades e os investimentos, aumenta a importância dos recursos próprios no financiamento dos investimentos. Entretanto, as empresas Sabesp, Sanepar e Copasa adotaram uma política de distribuição de dividendos bastante generosa no período analisado.

A rigor, as empresas de capital aberto são obrigadas por lei a distribuírem, no mínimo, 25% do lucro líquido, descontado 5% de reserva legal¹⁷. É importante destacar que os governos estaduais são os principais acionistas dessas empresas (Sabesp: 50,3%, Sanepar 89,4% das ações ordinárias e Copasa 51,5%), portanto os maiores beneficiários dessa distribuição de dividendos. A distribuição de dividendos pelas empresas selecionadas do setor de A&E tem sido realizada, sobretudo, através de juros sobre o capital próprio. Para as empresas essa modalidade de pagamento permite abater do lucro tributável os dividendos pagos, portanto, reduzindo os impostos sobre o lucro. Para os acionistas há a desvantagem de pagarem 15% de imposto sobre os dividendos recebidos.

TABELA 5. Participação dos dividendos no lucro líquido para empresas selecionadas do setor de A&E (em %)

Indicadores e Empresas	Valor nominal acumulado (R\$ mil)	Valor nominal acumulado (R\$ mil)
	2007-2010	2011-2016
Sabesp		
Lucro líquido	4.116.597	9.445.238
Dividendo pago	1.447.024	2.876.137
Dividendo mínimo obrigatório	977.692	2.243.244
Dividendo excedente	469.332	632.893
Dividendo /Lucro líquido* (em %)	37,0	32,1
Sanepar		
Lucro líquido	572.216	2.474.707
Dividendo pago	160.018	1.174.258
Dividendo mínimo obrigatório	135.901	587.743
Dividendo excedente	24.116	586.515
Dividendo /Lucro líquido* (em %)	29,4	49,9
Copasa		
Lucro líquido	1.939.235	2.117.908
Dividendo pago	591.667	683.453
Dividendo mínimo obrigatório	460.568	503.003
Dividendo excedente	131.099	180.450
Dividendo /Lucro líquido* (em %)	32,1	34,0

Fonte: Relatórios das Empresas e Econômica. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

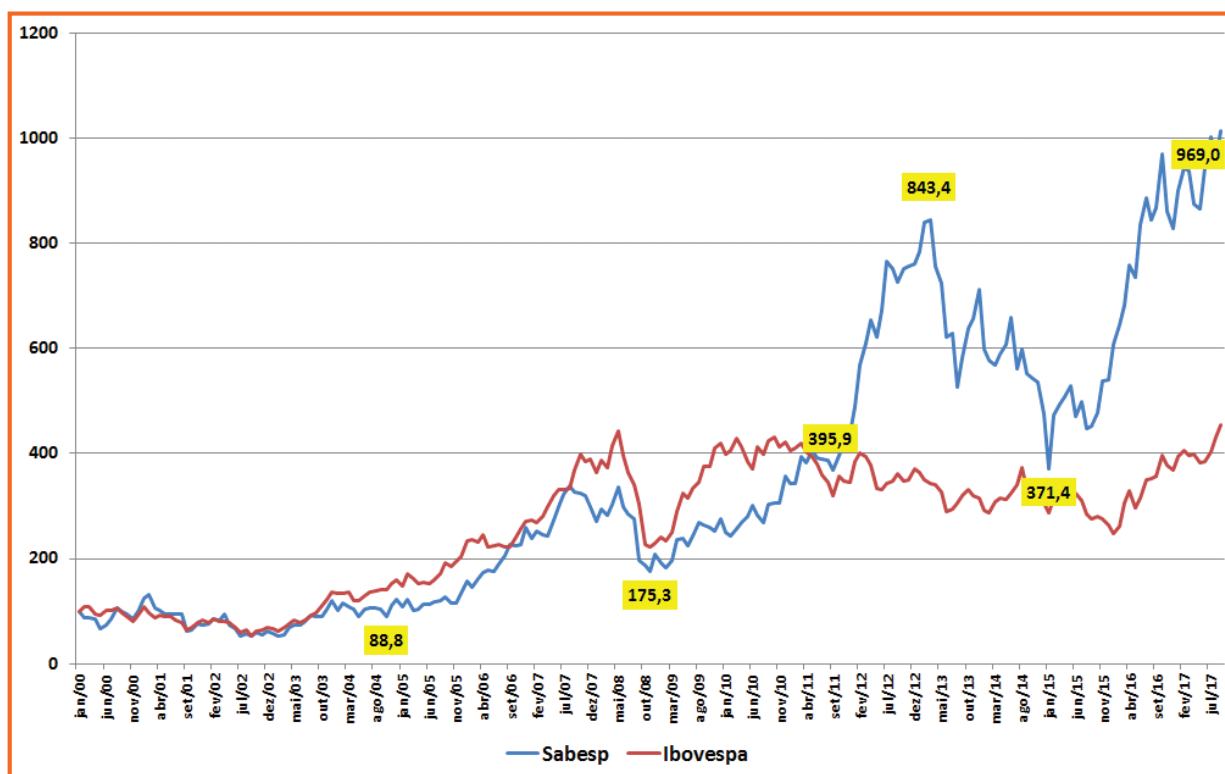
¹⁷ Por lei, as S.A. devem destinar 5% do lucro líquido como reserva legal antes de qualquer outra destinação, inclusive o pagamento de dividendos. A reserva será constituída obrigatoriamente pela empresa, até que seu valor atinja 20% do capital social realizado.

No período do ciclo expansivo dos investimentos 2007-2010, as três empresas juntas distribuíram um montante total de R\$2,2 bilhões em dividendos. Desse total, aproximadamente R\$624 milhões foram dividendos excedentes, ou seja, acima do dividendo mínimo obrigatório de 25% sobre o lucro líquido. A relação dividendo/lucro médio no período foi de 37% para a Sabesp, 29,4% para a Sanepar e de 32,1% para a Copasa.

No período 2011-2016, a relação entre o dividendo distribuído e o lucro líquido foi ainda maior que no período anterior: 35,5%. A Sanepar foi a empresa mais generosa na distribuição de lucros. Seus dividendos atingiram quase metade do lucro líquido (49,9%). A Copasa distribuiu 34% e a Sabesp 32,1% dos lucros na forma de dividendos. Juntas as três empresas pagaram um montante de dividendo excedente de R\$1,4 bilhão (uma média anual de R\$230 milhões). Vale lembrar que o setor de A&E tem investido aproximadamente R\$12 bilhões anuais e que mais da metade desse investimento é financiado com recursos próprios. Além disso, esses investimentos representam aproximadamente 55% dos aportes necessários para reduzir o déficit de acesso aos serviços de saneamento nos próximos 20 anos.

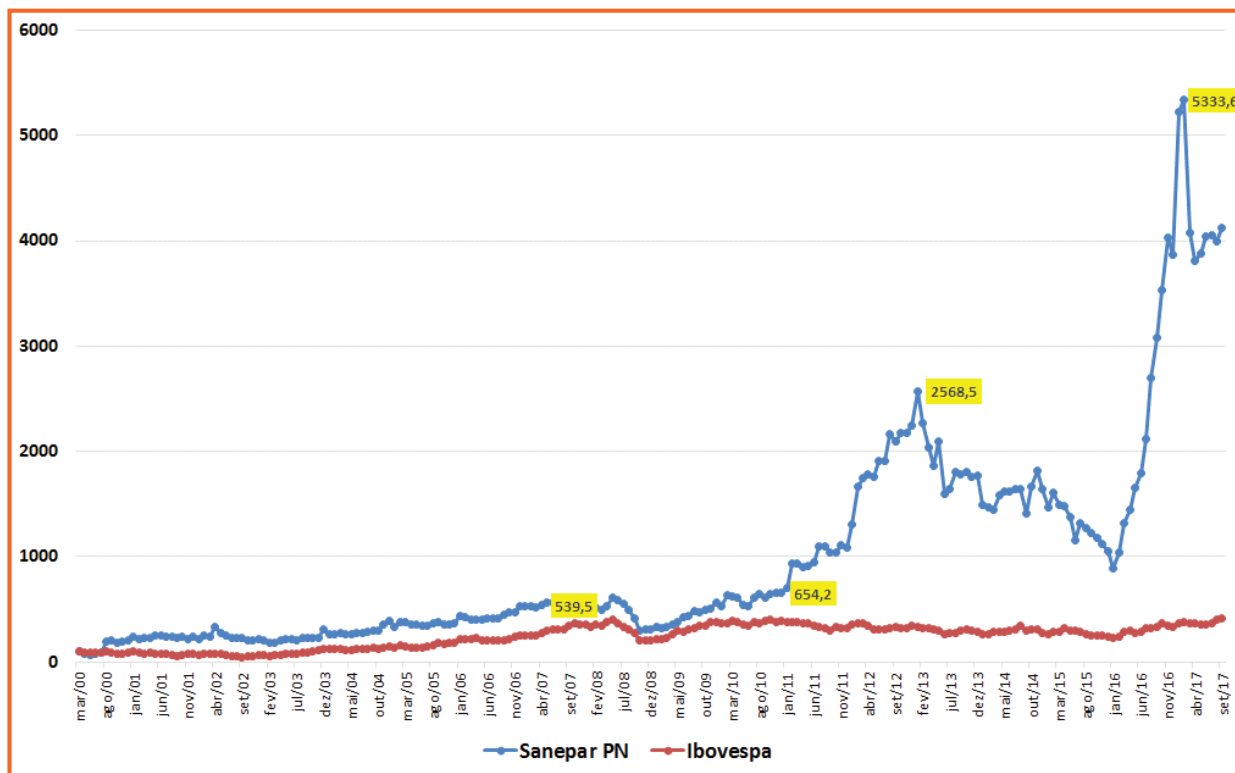
Se a estratégia das empresas de pagamento de dividendos excedentes reduz os recursos para novos investimentos, por outro lado, a estratégia vem sendo muito bem avaliada pelo mercado financeiro e seus acionistas. Os gráficos 13, 14 e 15 comparam a evolução do preço das ações das três empresas com relação ao Ibovespa. Os valores das ações das três empresas descolaram do Ibovespa a partir de 2010. Os preços de suas ações foram fortemente penalizados com os impactos da crise hídrica de 2013-2014 sobre os custos e as receitas, mas ainda assim mantiveram-se com ganhos expressivos sobre o Ibovespa. A partir de 2015, os preços das ações voltaram a disparar e evoluíram muito acima da média do mercado. Com isso, os acionistas foram duplamente beneficiados pelas estratégias adotadas: receberam generosos dividendos, muito acima do mínimo exigido por lei, e tiveram expressivos ganhos de capital com a valorização das suas ações.

GRÁFICO 13. Evolução do preço das ações da Sabesp e do Ibovespa 2000-2017 (base janeiro de 2000 = 100)



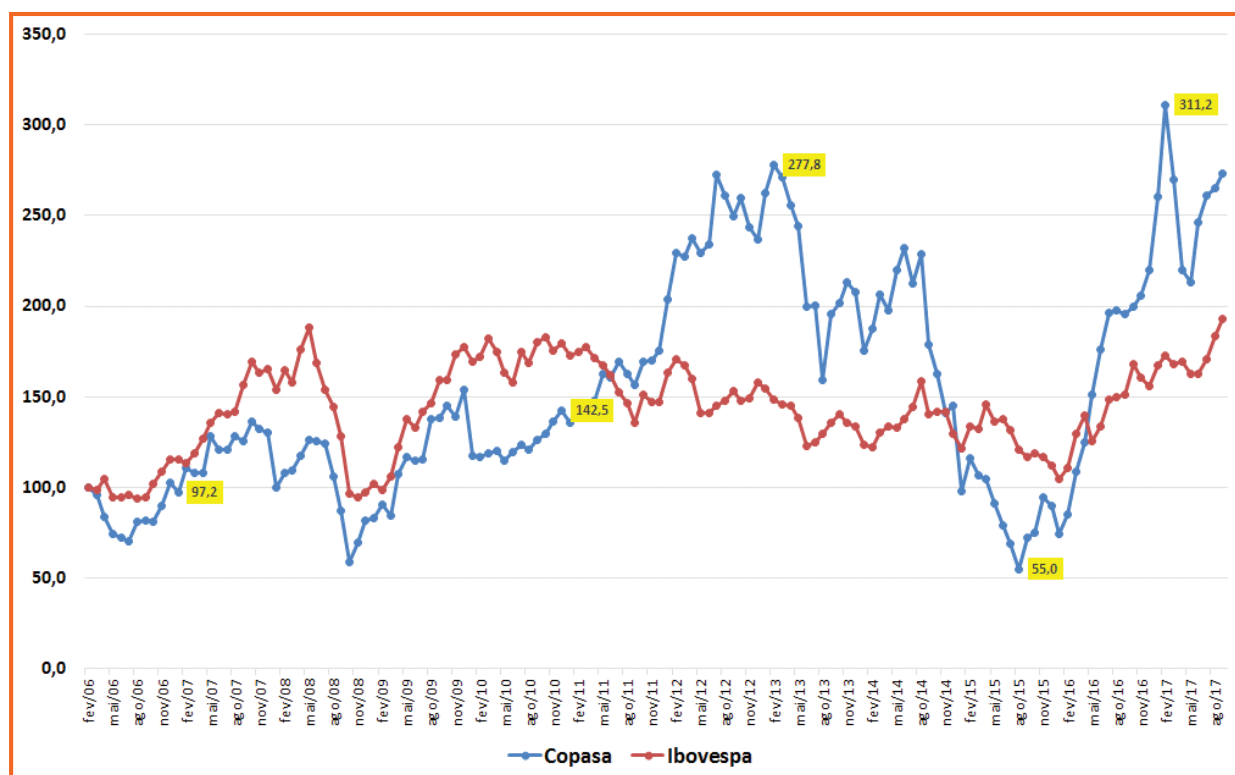
Fonte: Economática. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

GRÁFICO 14. Evolução do preço das ações da Sanepar e do Ibovespa 2000-2017 (base março de 2000=100)



Fonte: Economática. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

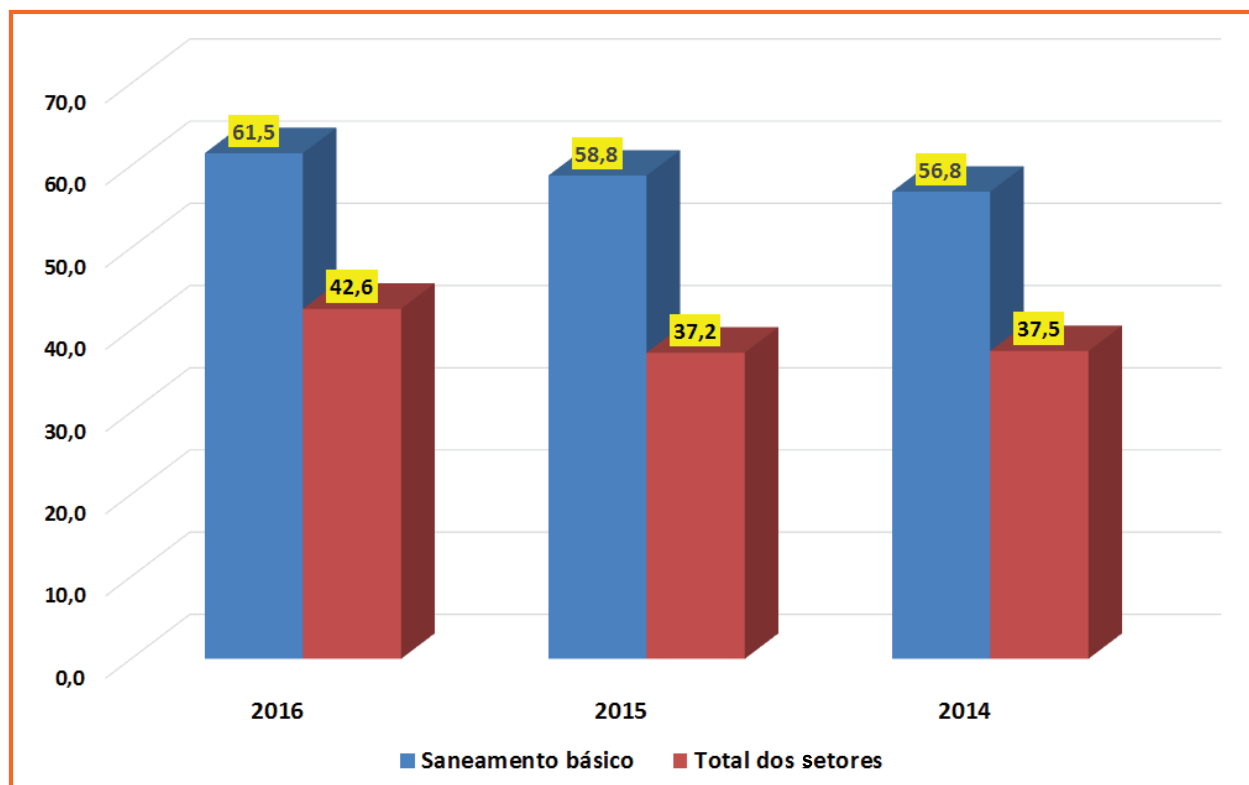
GRÁFICO 15. Evolução do preço das ações da Copasa e do Ibovespa 2006-2017



Fonte: Economática. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

Os indicadores de geração e distribuição do valor agregado corroboram os argumentos anteriores de que o setor de A&E tem uma rentabilidade mais elevada que a média dos demais setores e uma política generosa de remuneração dos seus acionistas. Como visto na seção inicial do trabalho, chamou a atenção o fato de que o setor de A&E brasileiro tinha uma capacidade de agregação de valor (relação entre o valor agregado e o valor da produção) superior à média internacional contrariando a perda de importância do setor de A&E dentro da economia.

GRÁFICO 16. Capacidade de agregação de valor (valor adicionado bruto* em relação à receita) da amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros 2014-2016 (em %)



Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração Neit-IE-Unicamp.
(*) inclui depreciação, amortização e exaustão.

As empresas selecionadas do setor de A&E apresentaram uma capacidade de agregação de valor muito superior a da média dos demais setores. Em 2016, o valor agregado bruto¹⁸ (inclui depreciação, amortização e exaustão) representou 61,5% da receita, enquanto os gastos com insumos representaram 38,5%. Isso significa que para cada um real gasto em insumos as empresas selecionadas do setor de A&E agregam R\$1,6 na forma de salários, lucros, impostos e juros. Para a média dos demais setores, essa participação é de 42,6% para o valor agregado e de 57% para os gastos com insumos, ou seja, uma relação de R\$1 gasto em insumo gera R\$0,74 em valor (gráfico 16).

Com relação à distribuição do valor adicionado líquido (sem depreciação e amortização), observam-se diferenças importantes das empresas selecionadas do setor de A&E em relação à média da amostra das empresas dos demais setores da economia. Uma primeira diferença importante é a menor remuneração de capitais de

¹⁸ O valor agregado bruto inclui depreciação, amortização e exaustão.

terceiros (juros), o que se justifica pelo menor grau de endividamento e de participação de recursos onerosos no financiamento das atividades correntes e do investimento no setor de A&E. No período 2014-2016, a remuneração de capital de terceiros representou 22% do valor adicionado líquido no setor de A&E contra 26,7% nos demais setores. Na maioria das grandes empresas não financeiras, incluindo o setor de A&E, houve uma forte redução nas despesas financeiras de 2015 para 2016, o que abriu espaço para a recuperação das margens de rentabilidade. Em 2016, a remuneração de capital de terceiros no setor de A&E foi de apenas 10,4% contra 36,5% em 2015. Para as empresas dos demais setores a redução da participação da remuneração do capital de terceiros no valor adicionado líquido foi de 35,7% para 22,4% (tabela 6).

TABELA 6. Distribuição do valor agregado na amostra de empresas do setor de A&E e dos setores não financeiros (em %)

Saneamento básico	2016	2015	2014
	(%)	(%)	(%)
Valor adicionado líquido	100,0	100,0	100,0
Pessoal	30,8	36,5	37,7
Impostos, Taxas e Contribuições	29,0	18,6	26,3
Remuneração de Capitais Terceiros	10,4	36,5	19,1
Remuneração de Capitais Próprios	29,9	8,4	16,9
Outros	0,0	0,0	0,0
Total dos Setores	2016	2015	2014
	(%)	(%)	(%)
Valor adicionado líquido	100,0	100,0	100,0
Pessoal	26,4	26,9	26,8
Impostos, Taxas e Contribuições	42,4	39,3	41,1
Remuneração de Capitais Terceiros	22,4	35,7	22,0
Remuneração de Capitais Próprios	8,9	-1,5	9,6
Outros	-0,1	-0,3	0,4

Fonte: Instituto Assaf a partir de dados da CVM. Elaboração Neit-IE-Unicamp.

Uma segunda diferença importante entre as empresas selecionadas do setor de A&E e a média da amostra das empresas dos demais setores é a menor participação de impostos, taxas e contribuições no valor adicionado líquido. Como analisado, uma das razões é o menor pagamento por parte das empresas de imposto de renda devido ao fato de distribuírem dividendos na forma de juros sobre o capital próprio. Essa estratégia reduz o lucro tributável e conseqüentemente os impostos pagos. No período 2014-2016, os impostos representaram 24,6% do valor adicionado do setor de A&E enquanto para os demais setores da economia a participação atingiu 40,9% (tabela 6).

A terceira diferença é a remuneração do capital próprio (lucros) acima da média dos demais setores. Como visto, uma parcela superior ao mínimo exigido por lei de 25% dos lucros para as empresas de capital aberto tem sido distribuída na forma de generosos dividendos para os acionistas nas empresas selecionadas do setor de A&E. Cabe destacar também que os lucros retidos têm sido a principal forma de financiamento dos investimentos. No período 2014-2016, a remuneração do capital próprio participou em 22% do valor adicionado, contra 26,7% nos demais setores da economia. Com a recuperação da rentabilidade em 2016, a remuneração do capital próprio atingiu 29,9% do valor adicionado no setor de A&E contra 8,9% nos demais setores (tabela 6).

Finalmente, a amostra de empresas do setor de A&E destaca-se por uma remuneração do pessoal acima da média dos demais setores (30,8% contra 26,4% em 2016). Essa diferença entre os dois grupos de empresas atingiu 10 pontos percentuais em 2014 e 2015. Esse resultado surpreende pelo fato de que o setor de A&E é capital-intensivo. Uma possibilidade é que essa elevada remuneração de pessoal esteja associada às elevadas remunerações das funções administrativas e da alta gerência das empresas selecionadas (tabela 6).

5- Comentários finais

O Brasil tem um elevado déficit de acesso aos serviços de água e esgoto, o que impacta negativamente nas condições de bem-estar da sociedade, sobretudo das regiões menos desenvolvidas e das camadas sociais mais pobres. Porém, mesmo nas regiões mais ricas do país, os indicadores de acesso estão aquém do padrão dos países avançados. A redução do déficit tem sido lenta e insuficiente para se avançar em direção à universalização, em que pese a construção de uma maior institucionalidade no setor, como a Lei de Saneamento de 2007, a inclusão no setor no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e no Plansab de 2013.

A expansão dos investimentos no setor de A&E é fundamental para a redução do déficit de acesso, seja ampliando a rede de fornecimento de água e coleta e tratamento de esgoto, seja melhorando a eficiência técnica e econômica da estrutura existente.

O trabalho avaliou o padrão de investimento no setor de A&E no período recente com base nos indicadores do Snis e, em particular, de um grupo selecionado de grandes empresas regionais, de capital aberto, controladas por governos estaduais (Sabesp, Sanepar, Copasa e Casan), que representam mais de 50% dos investimentos e um terço da receita do setor de A&E no Brasil.

O referido setor apresentou um ciclo expansivo dos investimentos no período 2007-2010 (taxa real de crescimento de 77%) após a elaboração da Lei do Saneamento, cujo financiamento foi feito majoritariamente por recursos onerosos (financiamento e empréstimos da CEF e do BNDES) e não onerosos (recursos orçamentários), embora com expressiva participação dos recursos próprios. Esse padrão de investimento e de financiamento seria mais condizente com uma visão estratégica do setor de A&E, em que o acesso aos serviços de saneamento básico é um dever do Estado e um direito fundamental e inalienável da sociedade, assim como a educação, a saúde e a moradia.

No período 2010-2015, os investimentos do setor de A&E interromperam a trajetória de crescimento e estabilizaram-se no patamar de R\$12 bilhões anuais (a preços de dezembro de 2015) e foram majoritariamente financiados por recursos próprios. Além disso, esse volume de aporte financeiro ficou muito aquém dos investimentos necessários apontados pelo Plansab, da ordem de R\$22 bilhões anuais (atualizados para dezembro de 2015), para acelerar a redução do déficit de acesso aos serviços de saneamento básico.

A análise dos indicadores econômicos e financeiros de um grupo selecionado de empresas regionais apontou que os insuficientes investimentos não podem ser atribuídos à rentabilidade da atividade. No período considerado, a rentabilidade das empresas do setor de A&E, mensurada pelos indicadores de retorno sobre o capital próprio e das margens líquidas de vendas, foi muito superior ao da amostra de grandes empresas de capital aberto dos demais setores não financeiros da economia, em que pesam os impactos da crise hídrica de 2013-2014. Nas empresas selecionadas do setor de A&E, a maior rentabilidade relativa foi acompanhada de uma elevada participação dos recursos próprios no financiamento do investimento.

As empresas selecionadas do setor de A&E apresentaram uma capacidade de agregação de valor (em relação ao valor da produção) muito superior a da média de grandes empresas dos demais setores não financeiros. A comparação internacional, a partir de informações da *Wiod*, também apontou que a capacidade de agregação

de valor no Brasil é superior a da média de 43 países desenvolvidos e em desenvolvimento no setor de A&E. É importante destacar que a distribuição do valor agregado no setor de A&E tem sido proporcionalmente maior para salários e para a remuneração do capital próprio (dos acionistas) que a média das empresas dos demais setores da economia. Em contrapartida, as empresas selecionadas do setor de A&E pagam menos impostos e taxas e remuneram menos o capital de terceiros, refletindo um menor grau de endividamento.

A análise dos indicadores apontou também uma estratégia das empresas de distribuição de dividendos para seus acionistas acima do percentual mínimo legal de 25% a que estão sujeitas as organizações de capital aberto. Essa política foi bem recebida pelo mercado financeiro, que valorizou o preço das ações das referidas empresas muito acima do Ibovespa. Assim, os acionistas foram beneficiados tanto pelos maiores dividendos como pelo maior valor das ações. Vale ressaltar que o maior acionista dessas empresas são os próprios governos estaduais (Sabesp 50,3%, Sanepar 89,4% e Copasa 51,5%).

As análises anteriores permitem concluir que as grandes empresas regionais selecionadas do setor de A&E optaram por uma estratégia conservadora de manter reduzido o seu nível de endividamento e de financiar os investimentos preponderantemente com recursos próprios. Isso foi possível por meio da elevada rentabilidade das empresas do setor, sobretudo quando comparadas à rentabilidade de grandes empresas de outros setores da economia. Mais do que isso, uma parcela significativa dos lucros auferidos foram distribuídos na forma de dividendos aos acionistas, ao invés de serem reinvestidos na atividade. A estratégia adotada por essas empresas fortalece uma visão financeira e mercantil da atividade de saneamento tratada como um negócio rentável, abrindo oportunidade para a atração de novos investidores privados ávidos por lucros e, no limite, para um processo de privatização das empresas regionais, atualmente sob o controle dos governos estaduais.

Essa visão financeira e mercantilista das grandes empresas regionais contrapõe-se a uma visão social e estratégica de considerar o setor de saneamento básico como um provedor de um serviço público essencial e que se constitui em um dever do Estado e direito inalienável da população. Além do mais, a adoção da visão financeira e mercantilista não parece contribuir para a ampliação substancial dos investimentos com o objetivo de avançar no processo de universalização. Certamente, a geração de um novo ciclo expansivo de investimentos, financiado com maior endividamento e menores distribuições de lucros e dividendos, que permita acelerar a redução do déficit de acesso aos serviços de saneamento básico, terá que passar por uma mudança de estratégia das grandes empresas públicas regionais do setor de A&E analisadas.

6- Referências bibliográficas

BNDES Setorial (2017). O apoio do BNDES ao saneamento no âmbito do programa de aceleração do crescimento. BNDES Setorial n.45 páginas 227-284.

Brasil (2017). Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Diagnóstico dos Serviços de Água e Esgotos – 2015. Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), fevereiro de 2017.

Brasil (2013). Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Plano Nacional de Saneamento Básico. Dezembro, 2013.

Hsu, A. et al. (2016). Environmental Performance Index. Global Metrics for the Environment. Report 2016. New Haven. CT, Yale University.

Hiratuka, Célio; Sarti, Fernando; Cunha, Marcelo Pereira da; Sabbatini, Rodrigo; Ballini, Rosângela (2013). Impactos econômicos dos investimentos em saneamento básico no Brasil. Revista DAE, n. 180, Sabesp, 2013.

Instituto Trata Brasil (2017). Ranking do saneamento. GO associados.

Instituto Assaf. Finanças Corporativas e Valor no Brasil.

Nações Unidas (2016). World Water Development Report - WWDR 2015. Water for a sustainable world.

Revista Exame (2014). Sabesp é generosa com acionistas mas não com investimentos. 26 de novembro de 2014.

Timmer, M. P., Dietzenbacher, E., Los, B., Stehrer, R. and de Vries, G. J. (2015), “An Illustrated User Guide to the World Input–Output Database: the Case of Global Automotive Production”, *Review of International Economics*, 23: 575–605.

Timmer, M. P., Los, B., Stehrer, R. and de Vries, G. J., “An Anatomy of the Global Trade Slowdown based on the WIOD 2016 Release”, GGDC research memorandum number 162, University of Groningen. 2016.

WDI-Banco Mundial e McKinsey Global Institute

| I- Introdução |

Pensar o futuro não é tarefa trivial. Pensar o futuro de uma política pública em um contexto incerto e prognóstico cada vez mais difícil pode ser, além de um empreendimento de alto risco, uma navegação sem rumo. No entanto, é um exercício necessário e um desafio que demanda disposição por parte de alguns acadêmicos.

Este capítulo assume esse risco e procura pensar o futuro do saneamento no Brasil. Para tanto, busca estabelecer, em especial a partir dos outros capítulos desta publicação, pontes entre o passado, o presente e o futuro da área no Brasil. Procura não ser prescritivo e se limitar a apontar um futuro idealizado, utópico. Ao mesmo tempo, tenta não realizar projeções de futuro apenas pautadas pela visão do autor.

O capítulo trata, em verdade, da busca de pistas presentes em análises prévias sobre a política setorial, atualizadas pelos outros autores desta publicação, e apontar caminhos que se encontrem entre as possibilidades e os desejos.

Para tanto, necessário se faz ancorar a lente sobre a realidade em referências sobre o que seria desejável. Essa âncora foi desenvolvida em profundidade na publicação *Saneamento: entre os direitos humanos, a justiça ambiental e a promoção da saúde*, coordenada pela Fiocruz e recentemente publicada. No referido texto, o saneamento é pensado a partir da perspectiva daqueles que mais o necessitam e que mais se beneficiam com o acesso aos serviços, a partir de um referencial teórico-conceitual nas perspectivas dos direitos humanos, da promoção da saúde e da justiça ambiental. Julga-se que a confluência entre essas três linhas de pensamento fornece elementos sólidos para essa reflexão (NEVES-SILVA, 2018).

Por outro lado, o balanceamento entre o desejável e o possível mostra-se necessário nesta análise. O presente texto é elaborado em uma conjuntura nacional das mais adversas, que o país jamais enfrentou desde o período militar. Conjuntura essa que aponta para uma perspectiva extremamente pessimista, remetendo a projeções muito negativas para as políticas públicas, em particular a do saneamento. O atual quadro indica muito mais retrocessos que avanços, mesmo em um contexto de eleições para os principais cargos eletivos do país, com significativa incerteza quanto ao futuro e ceticismo quanto a possíveis mudanças progressistas nas políticas públicas. No entanto, o capítulo opera com a visão de que a dinâmica futura de uma política pública pode não ser prisioneira apenas de determinantes conjunturais e pode ser ditada por outros fatores, inclusive a pressão da sociedade. Por isso, o texto procura explorar possibilidades, e não apenas os retrocessos vislumbrados.

Este texto estrutura-se em cinco partes, além da Introdução. A segunda parte procura sintetizar o caminho do setor de saneamento no Brasil, tratando de identificar as lacunas e déficits que essa trajetória trouxe ao momento presente. Um ensaio das razões que levaram a política pública de saneamento a se situar entre as mais atrasadas do país é incluído. A terceira seção discute as consequências desse quadro para a população brasileira e aborda como os diferentes agentes do setor enxergam esse contexto e as tarefas para o futuro.

A quarta e a quinta parte procuram diferenciar o que seria o “futuro possível”, não muito otimista, em face do atual momento vivido pelo país, e o “futuro desejável”, em que os déficits e as lacunas sejam superados mediante um conjunto de ações necessárias para um futuro mais virtuoso para o setor. Tal argumentação é apresentada de forma encadeada na seção Considerações Finais.

| 2- Trajetória sinuosa, frágil e resiliente |

Não seria exagero afirmar que, se comparado com outras políticas públicas no Brasil, o setor de saneamento configura-se como um dos que experimentaram a trajetória mais acanhada e o que exhibe um dos quadros mais atrasados. Trata-se de uma política que sequer encontra clara ancoragem na Constituição federal de 1988, e que, mesmo após ela, requereu quase 20 anos para ser regulamentada. É uma regulamentação que carregou todas as tensões entre os agentes do setor, acumuladas por décadas de debates, gerando, portanto, ao lado de preocupações com a universalização do acesso com qualidade, também incompletudes, ambiguidades e dificultando estabelecer uma visão clara dos rumos a serem adotados. Esse atraso também se expressa na sua incapacidade de formulação, na dificuldade de coordenação da atuação dos agentes para direções convergentes e, sobretudo, em sua instabilidade. Também traz diferentes efeitos negativos, justamente para a parcela da população negligenciada pelos serviços: aquela que vive em situação mais vulnerável e que detém a mais baixa capacidade de se proteger contra os efeitos de seu abandono pelo Estado.

Embora o padrão de iniquidade, desigualdade e discriminação no acesso aos serviços de saneamento seja uma marca na grande maioria dos países do mundo (JMP, 2017), uma hipótese plausível é a de que o quadro de assimetria nesse acesso exibido pelo Brasil é particularmente acentuado, dado o padrão de desigualdade social mostrado pelo país¹ e pelo padrão de políticas públicas excludentes, predominante no campo do saneamento. Estudos anteriores ilustram essa assimetria. Distribuições apresentadas no Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) (BRASIL, 2013) revelam diferentes tipos de assimetria no acesso aos serviços: entre macrorregiões, entre áreas urbanas e rurais, baseada em renda, escolaridade e cor da pele declarada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Outro estudo havia mostrado que a probabilidade de os domicílios que apresentam características socioeconômicas e regionais desfavoráveis estarem ligados à rede de esgotos é cem vezes inferior àquela para o perfil com características favoráveis (Rezende et al, 2007). Outra ilustração eloquente da discriminação das políticas públicas é a negligência histórica quanto a uma política específica para o saneamento das populações rurais, amplamente reconhecida (BRASIL, 2013).

Uma pergunta que necessariamente se apresenta nessa discussão é: que fatores explicam esse atraso? A resposta clara a isso permitiria vislumbrar um planejamento que buscasse superar os obstáculos que originaram o quadro atual. Entretanto, essa relação causa-efeito definitivamente não é linear e tampouco fundada em uma única dimensão de análise. Algumas reflexões vêm buscando identificar raízes do atual quadro no campo político (Borja, 2014; Britto nesta série; Menicucci e D’Albuquerque nesta série; Sousa e Costa, 2016), na organização institucional (Britto et al, 2012), nas relações federativas (Arretche, 2008; Heller, 2009), na transição demográfica (Rezende, 2005), na lógica econômica (Sarti nesta série), na organização social (Moares et al. 2014), na trajetória histórica do setor (Rezende e Heller, 2008; Costa, 1994), entre outros ângulos

¹ O Brasil segue apresentando uma das maiores desigualdades do mundo. A desigualdade medida segundo o índice Gini coloca o Brasil como o 10º país mais desigual dentre 144 países, com valor do índice de 51,5, considerando o dado mais recente entre 2010 e 2015 (UNDP, 2018). Estudos utilizando novas metodologias, defendidas por Thomas Piketty, mostram que o Brasil não reduziu essa concentração entre 2001 e 2015, sendo que a concentração de renda nos 1% superiores cresceu de 25,7 para 27,4 e nos 10% superiores de 54% para 55% e a proporção de renda entre os 50% inferiores cresceu apenas de 13 para 14%. Enquanto os 10 superiores capturaram 61% do crescimento econômico do país no período, os 50% inferiores capturaram apenas 22% desse crescimento (Morgan, 2017).

de análise. Evidentemente, conforme já assinalado em textos anteriores, “a história do saneamento ... não se esgota em si mesma e tampouco se explica por si mesma”, são diversas “as interfaces da política de saneamento, ao mesmo tempo a determinando e sendo por ela determinadas” (Rezende e Heller, 2008, p. 349). Logo, ao mesmo tempo em que parte dos fatores que explicam o atraso nas políticas de saneamento ainda se manifeste na atualidade, os contextos se alteram e novos determinantes incidem no futuro, implicando a necessidade de atualização das estratégias.

Pode-se projetar como o setor “poderia ser” ou como “poderia ter avançado”, com base na luz lançada por Menicucci e D’Albuquerque nesta série, ao mostrar “o processo de articulação/desarticulação” entre as políticas de saúde e de saneamento e “o desenvolvimento muito mais incipiente da política de saneamento vis-à-vis à política de saúde, em que pesem as consequências para a saúde das inadequadas condições de saneamento”. As autoras identificam “diferente status institucional das duas políticas no arcabouço legal brasileiro”, sendo a política de saúde na atualidade “uma política estruturada setorialmente (apesar de seus inúmeros problemas, particularmente o subfinanciamento, e ainda as ameaças de desconstrução na conjuntura política recente) a partir da definição constitucional da saúde como direito e de outras normatizações nacionais” e a de saneamento “ainda objeto de controvérsias estruturantes e fundamentais, como a titularidade dos serviços e seu status de direito”. As autoras seguem lembrando que “a configuração federativa das duas políticas constitui-se num outro elemento diferenciador”, sendo que, no “caso da saúde, o governo central concentra autoridade no processo decisório e na regulamentação da política, enquanto os governos subnacionais, particularmente os municípios, são os responsáveis pela execução”, existindo “uma política nacional constitucionalizada e um sistema nacional de saúde do qual todas as jurisdições fazem parte com atribuições compartilhadas, mas definidas em dispositivos normativos infraconstitucionais a partir de diretrizes constitucionais”. Já no campo do saneamento, “a questão da titularidade dos serviços ainda é objeto de disputa ..., o que abre brechas para decisões judiciais provocadas por questionamentos oriundos de regiões metropolitanas e estados a partir de diferentes interpretações dos dispositivos constitucionais”. No entanto, a “opção constitucional de definir como competência comum dos três entes federados a promoção de programas de melhoria das condições de saneamento abre brechas para, por um lado, desobrigar qualquer um dos entes federados desses programas ao não deixar claras as obrigações de cada um, mas, por outro lado, aponta para a possibilidade de um federalismo cooperativo, o que demanda a definição de mecanismos e instrumentos de cooperação”. Nesse último particular, é muito provável que dificilmente se elimine a brecha entre o que “se deve esperar” do papel da União no setor, em vista do quadro legal, e o que “se pode esperar” desse papel, em vista dos condicionantes da política real, que tende a subverter planejamentos e visões de longo prazo em função de interesses políticos e econômicos que orientam a ação dos diversos agentes que atuam no setor, bem como a outros condicionantes sistêmicos externos (HELLER, 2013).

Uma importante chave explicativa para a diferente trajetória dos dois setores é assinalada ainda por Menicucci e D’Albuquerque, nesta série, ao enfatizar que, se na área de saúde movimentos políticos mais precoces influenciaram o processo decisório e a formulação de uma política nacional, a área de saneamento esbarrou em formulações oriundas dos governos militares, que imprimiram na política a visão de vetor para o desenvolvimento, com lógica empresarial e a hegemonia de empresas estaduais. As autoras, no entanto, reconhecem que, nas duas últimas décadas, vem se estruturando um movimento político mais articulado, no sentido de garantir o status de direito ao acesso à água e ao esgotamento sanitário, cobrando obrigações governamentais para a garantia de acesso universal aos serviços, apoiando-se nas resoluções da Organização das Nações Unidas (ONU) e nos compromissos internacionais brasileiros associados. Destaca-se ainda a atuação da Associação Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (Assemae) e da Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental (FNSA), com foco na municipalização e universalização dos serviços, em contraposição à herança conceitual do Plano Nacional de Saneamento (Planasa).

Evidentemente que, em sua evolução, o setor alternou momentos de maior estagnação ou exclusão de populações mais vulnerabilizadas com períodos de políticas mais progressivas, seja na expansão da infraestrutura, seja na sua organização legal, institucional e no campo do planejamento, conforme apontado por Britto nesta série. Tal alternância, entretanto, não tem sido salutar para assegurar um impacto sustentável do acesso da população aos serviços, o que requer políticas de longo prazo, estabilidade de regras e critérios, planejamento estratégico rigorosamente observado e estabilidade nos investimentos públicos. O setor de saneamento, por envolver ao mesmo tempo a necessidade de expansão e manutenção da infraestrutura e a gestão apropriada, não progride em ritmo minimamente necessário em um ambiente com a observada instabilidade político-institucional. Foi esse esforço continuado e com maciços investimentos públicos que explicou o alcance da universalização dos serviços nos países desenvolvidos, embora não sem conflitos, tensões e desafios, conforme desenvolvido por Britto nesta série e argumentado em Heller e Castro (2013)². Apesar de diferenças em suas trajetórias e de nuances nos modelos de gestão, pode-se afirmar que na Europa e na América do Norte a universalização do acesso aos serviços e o aperfeiçoamento na sua qualidade, inclusive acompanhando os gradativamente mais exigentes padrões de qualidade da água e de controle da poluição, ocorreram graças à forte presença do Estado, aos investimentos públicos e à concepção do acesso aos serviços como componente da cesta de direitos sociais e requisito para o alcance do bem-estar social. Isso fica nítido nos países europeus que simbolizam a participação privada: a França e o Reino Unido. No primeiro, o modelo de contrato (*affermage*) com a iniciativa privada, firmado ainda no século XIX, era baseado em investimentos públicos. No segundo, a privatização, mais tardia, se fez em contexto de serviços universalizados, universalização essa conquistada por meio de volumosos investimentos públicos.

Ademais, cabe acionar o debate entre a gestão pública e a gestão privada, que em muitos momentos históricos dominou o debate nacional no setor (Rezende e Heller, 2008) e que atualmente vem se constituindo como a aparente “saída milagrosa” evocada pelo governo federal (Britto nesta série). Se a participação do capital privado na gestão dos serviços tem passado por oscilações em sua intensidade e por metamorfoses em sua forma, é emblemática a silenciosa abertura de capital das principais empresas estaduais criadas no ambiente do Planasa. Esse modelo consegue combinar, sob o ponto de vista das empresas, as conveniências da gestão pública com as características de mercado da gestão privada. As empresas preservam o status de públicas, beneficiando-se de verbas públicas e de privilégios para assumir a delegação dos serviços. Ao mesmo tempo, utilizam a prestação de serviços para produzirem excedentes econômicos e os transferir a investidores, portanto para externamente ao setor, mesmo que isso implique manter parte da população sem acesso aos serviços ou com acesso a serviços deficientes. É eloquente, nesse sentido, o exemplo da exacerbada crise do abastecimento de água na região metropolitana de São Paulo a partir de 2014. Sarti e Ultremare, nesta série, demonstram empiricamente como a Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo (Sabesp), a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa), a Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar) e a Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (Casan) vêm mantendo uma estratégia de distribuição de dividendos para acionistas superior à proporção mínima estabelecida para empresas de capital aberto, de 25%, fortalecendo a hipótese “de que o aprofundamento da lógica de ganhos financeiros para os acionistas das grandes empresas do setor, a partir de um movimento de abertura de capital e de distribuição de generosos dividendos, tenha colaborado para o aumento desses obstáculos [à universalização do acesso], sendo a generalização dessa lógica um importante fator de risco à eliminação do déficit” (Sarti e Ultremare nesta série).

É importante ressaltar também a histórica resistência do setor em incorporar mudanças. Essa resistência tem sido identificada em várias de suas dimensões e em diferentes momentos históricos. O setor “tem sido

² Ver, particularmente, os capítulos de Barraqué sobre os países europeus, de Pietilä et al sobre os países nórdicos, de Rosenberg sobre o Canadá, de Uddameri e Singh sobre os Estados Unidos e os capítulos de Braadbaart e de Hall e Lobina.

palco hegemônico de abordagens tecnocêntricas, restringindo visões globalizantes que vislumbrem a multidimensionalidade do tema e a necessidade de articulações intersetoriais”, a despeito de evidências da fragilidade e da baixa efetividade dessas abordagens (Britto et al., 2012). Embora alterações na arquitetura institucional e no marco regulatório do setor tenham ocorrido, sobretudo no governo Lula, o legado das políticas anteriores vem impondo forte resistência a essas mudanças. A realidade exibida pelo setor no início do século XXI ainda é fortemente caudatária da reforma aplicada na década de 1970, com a implementação do Planasa, ancorada na regionalização da prestação dos serviços, por meio das companhias estaduais de saneamento; na baixa participação do poder local na tomada de decisões sobre os serviços; na lógica da prestação dos serviços em bases mercantis e no princípio da autossustentação financeira; no não reconhecimento da necessidade de subsídios externos ao setor, visando ao equilíbrio entre localidades e populações com diferentes capacidades financeiras; na completa hegemonia das ações voltadas para as áreas urbanas, marginalizando os esforços dirigidos para as populações rurais; na visão tecnicista da prestação dos serviços e de seu planejamento, à custa da baixa importância atribuída às dimensões da gestão e das políticas públicas, à prática intersetorial e à visão integral do saneamento básico em sua ampla dimensão; e na baixa permeabilidade para a participação social e para decisões democráticas e compartilhadas (HELLER, 2012). Assim, tal premissa sugere uma cadeia de mudanças políticas que podem preservar fortemente traços dos períodos anteriores na política setorial, desde as falhas em parte das propostas de mudanças estruturais no período do Partido dos Trabalhadores (PT) no governo federal, especialmente nos dois períodos do governo Lula, até as dificuldades enfrentadas pelas investidas do governo Temer na introdução de novas mudanças no setor, sobretudo no aprofundamento das privatizações.

| 3- O presente |

O quadro atual do saneamento no país traz diferentes e relevantes consequências. Essas tanto podem ser vistas positivamente como a partir da menor participação das doenças infecciosas e parasitárias dentre as causas de adoecimento e morte no país, quanto pela ótica da expressiva parcela da população sem serviços adequados. Assim, é óbvio que melhores condições de saneamento, especialmente para as populações mais pobres, poderiam resultar em um quadro de saúde da população muito mais adequado, conforme exercício realizado por Menicucci e D’Albuquerque, confirmando o reconhecimento das ações de saneamento para o controle de doenças diarreicas, enteroparasitoses e outras, cuja relação saneamento tem sido demonstrada (Pruss, et al., 2002; Cairncross e Valdmanis, 2006). Mas também com o melhor controle das doenças transmitidas por vetores, tais como a tríplice epidemia (Thammapalo et al., 2015; Cordeiro et al., 2011).

Efeitos de melhores condições de saneamento sobre a economia também já vêm sendo evidenciados. Hiratuka et al. (2013) assinalam que, embora o setor de saneamento represente apenas 0,59% do PIB brasileiro, “sua capacidade de encadeamento produtivo e de geração de renda e emprego dentro e fora do setor é bastante elevada”. Estimam que cada R\$ 1 bilhão de investimento produziria: “a) um aumento de R\$ 1,7 bilhão no valor da produção da economia; b) uma expansão de R\$ 245 milhões da massa salarial, de R\$ 355 milhões do excedente operacional bruto e de R\$ 139 milhões em impostos diretos e indiretos; e c) a geração de 42 mil novos empregos diretos e indiretos em toda cadeia produtiva”. Em uma visão global, Hutton et al. (2007) indicam que melhorias nos serviços de água e esgotos apresentam relação benefício-custo positiva em todas as regiões do mundo em desenvolvimento, sendo que o retorno do investimento de US\$1 é entre US\$5 e US\$46, dependendo da intervenção. A maior contribuição econômica refere-se à economia do tempo associado ao melhor acesso aos serviços, havendo também importantes benefícios estimados para o ganho em produtividade e a redução dos custos em cuidados à saúde devido a menor ocorrência de doenças e a mortes prevenidas.

Outros efeitos da ausência de saneamento situam-se em campo mais simbólico, porém não menos importantes, ao contrário, necessitando ser fortemente enfatizados pela sua capacidade em modificar a realidade. A violação dos direitos humanos é o principal deles. Negar o acesso aos serviços, em especial para as populações mais vulnerabilizadas e que já são privadas de outros direitos sociais e econômicos, para não mencionar os políticos e civis, ao mesmo tempo viola seus direitos e coloca o Estado como descumpridor de suas obrigações legais. Os direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário são reconhecidos internacionalmente, a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e de outros tratados internacionais, sobretudo a Resolução 64/292 da Assembleia Geral das Nações Unidas em 2010, tendo sido o Brasil um dos países signatários dessa decisão. Atualmente, há um entendimento claro do significado da provisão dos serviços de água e esgotamento sanitário com base na diretiva dos direitos humanos, que ainda necessita ser apropriada e implementada pelos agentes institucionais brasileiros. Mas, para efeito da análise das consequências do quadro atual do saneamento no país, é importante acentuar que este muitas vezes resulta em um padrão de violação dos direitos humanos.³

Cabe ainda situar o quadro atual na abordagem adotada em Silva et al (no prelo), a partir de um olhar para os temas do saneamento na confluência entre três marcos: os direitos humanos, a promoção da saúde e a justiça ambiental. Entende-se que abordagens como esta apresentam o potencial de visualizar o setor a partir das necessidades das populações mais marginalizadas e da igualdade no acesso, e de vislumbrar seus efeitos sobre a saúde e o ambiente. Nessa confluência, por um lado o marco dos direitos humanos conclama a se colocar como prioridade das políticas públicas as parcelas mais marginalizadas da população, em busca da igualdade e da não discriminação, o conceito de justiça ambiental salienta os riscos ambientais desigualmente distribuídos entre as populações, sendo as populações mais vulnerabilizadas as que mais sofrem com o ônus do desenvolvimento e da destruição ambiental, inclusive de precárias condições de saneamento (Martinez-Alier et al, 2014, Brulle; Pellow; 2006, Acsehrad, 2002). Por outro lado, pensar o saneamento na perspectiva da promoção da saúde é reconhecer não só sua dimensão técnica e sua importância na prevenção de doenças, mas também sua dimensão social, cultural, política e econômica, em uma concepção ampliada de saúde.

Outro aspecto relevante da atual conjuntura do setor, refletindo todo um percurso histórico, é a forma como os agentes – atores coletivos, conforme caracterização de Britto – se movimentam, interpretam o setor e aspiram transformá-lo. Claramente, notam-se, no artigo de Britto nesta série, pontos de contato e pontos de distanciamento dos posicionamentos dos agentes, em alguns princípios revelando difícil coesão entre propostas. Se por um lado, a visão da universalização dos serviços com qualidade, da necessidade da ampliação da aplicação de recursos públicos no setor, e para alguns do aperfeiçoamento da gestão aparentemente é denominador comum, por outro se notam algumas lógicas – e interesses – diversos. A polaridade saneamento como direito versus saneamento como atividade econômica sintetiza parte do arco de visões encontradas, mas há outras nuances possíveis de identificar, como a concepção da atuação do Estado, a necessidade de planejamento público e o papel da regulação. Houve momentos na trajetória institucional do setor em que as diferentes posições radicalizaram e dificultaram consensos, mas houve outros em que agentes externos amalgamaram consensos, como na ocasião do debate sobre o texto da Lei 11.445/2007, promovido pelo Congresso. A questão para o futuro é a forma como esses agentes se comportarão e como o Estado procurará dialogar e se aliar a determinadas posições políticas.

³ Essa análise foi desenvolvida pela primeira Relatora Especial para os Direitos Humanos à Água e ao Esgotamento Sanitário, Catarina de Albuquerque, em 2014, e está disponível em <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/069/77/PDF/G1406977.pdf?OpenElement>.

| 4- O futuro possível |

A marca que o quadro atual do setor imprime para as tendências observadas, a despeito de dificuldades metodológicas de se analisar um processo em curso e do caráter transitório e impopular do governo Temer, pode ser sintetizado no que Britto, nesta série, cunha de período de “radicalização da visão do saneamento básico como negócio”. De fato, pode-se afirmar que os governos do PT trouxeram a regulamentação e a institucionalização do setor, e com elas buscando imprimir a cultura do planejamento, além da recuperação dos investimentos públicos, não necessariamente articulados com as referidas iniciativas. Estes avanços alcançados no período 2003-2014, no mínimo, constituir-se-iam em uma plataforma para políticas de longo prazo que pudessem enfrentar os déficits de acesso aos serviços. O governo Temer, além de ignorar e de abandonar essa plataforma, busca transformar os rumos duramente alcançados, o que pode indicar cenários no curto prazo bastante negativos.

Assim, essa perspectiva de retrocesso que a atual conjuntura aponta pode indicar cenários de curto prazo muito negativos, desde o mais pessimista, de aprofundamento das propostas de Temer pelos próximos governos, no sentido de maior afastamento do Estado de suas obrigações para com o setor; ou até mesmo outras menos pessimistas, de retomada dos rumos que vinham sendo trilhados, mas com altos custos de desmobilização da narrativa e das ações já adotadas. Ou seja, na melhor das hipóteses, o país viverá descontinuidades importantes em uma trajetória que já demonstrava dificuldades em imprimir um ritmo adequado para vencer os déficits no setor e alcançar a universalização do acesso, com serviços de qualidade, preparando o setor para os desafios futuros.

Em uma visão de longo prazo, contudo, vale atualizar os cenários traçados pelo Plansab que, mesmo tendo sido influenciados por uma visão mais otimista ditada pelo momento vivido à época em que foi elaborado, ainda cumprem o papel de uma plataforma para se pensar o futuro. Os três cenários traçados são perfeitamente passíveis de redesenho e adaptação aos tempos atuais, marcados por diferentes características que as vislumbradas pelo cenário adotado. Isto se reflete, sobretudo, no mais modesto crescimento econômico, no papel menos ativo do estado como condutor das políticas públicas essenciais, em particular na garantia de direitos sociais; na menor cooperação construtiva entre os entes federativos; na menor capacidade de gestão e de planejamento integrado; no mais baixo estímulo à participação social e sua influência na tomada de decisões; na menor disponibilidade de recursos públicos para o setor, dentre outros revezes.

Tal atualização conduziria a talvez se pensar em metas mais modestas para 2033, mas não em rever diretrizes e estratégias, pois estas indicam o norte desejável para as políticas do setor. Dentre as orientações, o direcionamento para que as tradicionais medidas estruturais, pautadas meramente pela implementação da infraestrutura física, gradativamente deem lugar às medidas estruturantes, que fortaleçam a gestão, deve ser visto como a pedra de toque do Plano e o caminho para que os resultados das políticas de saneamento resultem em processo sustentáveis e que levem em conta as necessidades das populações em situação de maior vulnerabilidade.

Outros exercícios de visualização da situação do saneamento no futuro podem ser identificados, e colocam o setor como importante variável de incerteza quanto à suficiência de infraestrutura urbana para assegurar qualidade de vida nos grandes centros. (Ipea e Assecor, 2017). Em outros, como no importante esforço da Fiocruz para vislumbrar a saúde no Brasil em 2030, há referências muito esparsas sobre o saneamento, seja como fator determinante e condicionante da saúde, seja como área das políticas públicas que demanda maior incorporação e, ou relação intersetorial por parte da política de saúde no Brasil (Fiocruz, 2018). Trata-se de tarefa ainda por realizar, articulando-se a visão futura do setor saúde e da saúde da população brasileira com a situação institucional e de acesso aos serviços de saneamento.

| 5- O futuro desejável |

Talvez a maior expressão da utopia para o saneamento na escala global sejam os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, particularmente em suas metas 6.1, 6.2 e 6.3. Embora uma agenda imperfeita, pois eventualmente ambiciosa, demasiadamente globalizante e inespecífica à realidade de cada país, a aspiração de universalizar o acesso à água e ao esgotamento sanitário com serviço de alto nível e priorizando os que vivem em situação mais vulnerável, deve ser saudada como uma pauta progressista para os países. Os compromissos formalmente assumidos pelo Brasil com esta agenda certamente são uma importante força motriz para a universalização dos serviços, com qualidade, guiado pela sustentabilidade ambiental e com atenção prioritária para as populações historicamente excluídas.

Esforços de proposição de uma agenda para o setor têm sido recorrentes, seja a partir de entidades da sociedade civil (ver levantamento exaustivo de Britto nesta série), do governo federal, por meio dos planos plurianuais e de programas, ou da própria academia. Tem-se um mosaico de propostas, com convergências e divergências, conforme se pode esperar. Trata-se de localizar as utopias e transformá-las em propostas de ação, cada visão buscando a coerência com a visão de mundo do proponente.

Na presente obra, entende-se que esse futuro desejável seja aquele que coloca em posição prioritária fundamental a superação das brechas – inaceitáveis – de acesso das populações aos serviços, na linha dos princípios dos direitos humanos. E de que é importante formular tal pretensão, ainda que existam claramente barreiras para viabilizá-las. Conforme formulado por Menicucci e D’Albuquerque, “as ideias são importantes para processos de inovações de políticas públicas, pois o referencial de uma política é a imagem cognitiva da realidade que inclui a percepção do problema e, conseqüentemente, das soluções e propostas de ação” e que “desmontar o monopólio de uma dada concepção e de uma dada política pública envolve a construção e difusão de uma nova imagem da política”.

Para tanto, recuperam-se propostas já anteriormente desenvolvidas, que versam sobre reformas setoriais nos campos político, institucional e econômico, encontradas em especial no desfecho do texto de Britto nesta série e em Heller (2013):

- 1- Avançar na implementação de outros componentes da nova política pública de saneamento, assegurando maior materialidade a princípios e determinações legais, por meio da melhor organização e qualificação dos órgãos federais relacionados ao tema, fortalecimento de sua coordenação e da prática intersetorial e promoção de sua adequada capilarização.
- 2- Reenquadrar o marco legal que orienta a gestão do saneamento, fortalecendo a concepção do saneamento como direito social.
- 3- Reconfigurar o pacto federativo do saneamento, com definição mais clara do papel dos entes federados, em especial a “situação de limbo” reservada aos Estados, e melhor compatibilização da diversidade de formas de organização de estados e municípios no setor.
- 4- Ampliar a disponibilização de recursos públicos, inclusive não onerosos, fortalecendo aqueles entes institucionais com maior fragilidade, seja em função do porte populacional, seja devido ao seu histórico no setor de saneamento ou ainda por abrigar contingente expressivo de população em situação de pobreza. Simplificar processos requeridos para acesso de recursos públicos federais.
- 5- Ampliar estudos e debate públicos sobre modelos de tarifas sociais e de outros mecanismos para assegurar a acessibilidade financeira das populações em situação mais vulnerável.

- 6- Rever os processos de regulação, incluindo a possibilidade de associá-la ao controle social.
- 7- Aprofundar na superação do déficit democrático do setor, resgatando o papel do Conselho das Cidades e a realização das conferências das cidades, inclusive sua capilarização para estados e municípios, bem como na adoção de novas formas de participação e de criação de ambiente de democracia substantiva no setor.
- 8- Assumir o Plansab como o principal instrumento orientador das decisões econômicas, políticas e institucionais do setor, fortalecendo suas diretrizes, em particular as que assumem a implementação das medidas estruturantes e o saneamento rural como prioridades.
- 9- Perseguir na ênfase ao planejamento, qualificando as experiências municipais e organizando rede de avaliação dos planos municipais de saneamento básico, visando aperfeiçoá-los e torná-los o instrumento efetivo a orientar as políticas públicas municipais de saneamento.
- 10- Assumir claramente a defesa do modelo de gestão pública.

Estas necessárias medidas obviamente esbarram em obstáculos de diversas ordens para sua efetivação. Entre eles, situa-se o desafio de compatibilizar reformas no setor com o federalismo brasileiro e o papel da União, estados e municípios definidos constitucionalmente. Outra futura dificuldade é a disputa pelo uso dos fundos públicos nacionais vis-à-vis as diferentes necessidades do país, aprofundadas pelas políticas dos últimos dois anos e cuja disponibilidade é dependente de diferentes fatores, inclusive da política macroeconômica do país.

6- Considerações finais

Ao longo do presente texto, procurou-se construir um argumento, perpassando de forma panorâmica diferentes momentos e situações da política de saneamento no país.

Uma reflexão sobre o passado revela uma trajetória sinuosa, frágil e resistente a mudanças que pudessem elevar a política setorial a outro patamar, comprometendo com a universalização do acesso e com as necessidades das parcelas da população que melhor converteriam esse acesso em melhoria de sua qualidade de vida e em proteção aos riscos à sua saúde. Tal trajetória coloca um enorme passivo sobre o setor, umas das mais acanhadas e atrasadas políticas públicas do país. O percurso de outros países do Hemisfério Norte, que se aproximaram da universalização do acesso, mostra que, embora com diferentes modelos institucionais, o forte comprometimento do Estado e a maciça e criteriosa aplicação de recursos públicos, aliados à organização institucional comprometida com o acesso de todos, são ingredientes necessários para se deslocar de um estado de exclusão para um nível de universalização. Assumir o acesso ao saneamento como direito social, um componente inegociável do estado de bem-estar social, é uma lição que pode ser extraída da experiência daqueles países, como a maneira de imprimir no *ethos* da sociedade que ausência de acesso à água e ao esgotamento sanitário corresponde à subtração do status de cidadão/ã a seus membros.

Essa situação traz graves consequências à saúde pública, à economia e ao usufruto dos direitos humanos pela população. A atual brecha entre o “possível e desejável” e a realidade impõem enormes desafios para a sociedade brasileira, inclusive de cumprimento de compromissos internacionais, como os relacionados aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

A partir desse quadro, podem-se projetar dois tipos de futuro: aquele possível, que seria caudatário de uma visão pessimista trazida pela retirada de direitos e afastamento do Estado de suas responsabilidades sociais

implementados nos últimos anos; e aquele desejável, que convoca o setor, a academia e movimentos sociais a estabelecer uma agenda de recuperação dos déficits e de avanço na direção de assegurar o acesso aos direitos humanos a toda a população brasileira. Tal empreendimento requererá transformações na lógica de gestão do setor e recuperação das perdas políticas e institucionais vividas no presente. Mas trata-se de agenda necessária para superar a barbárie que significa a ausência de acesso a bens tão básicos, como o de saneamento, afligindo parte significativa da população brasileira.

7- Referências bibliográficas

- ACSELRAD, H. Justiça ambiental e construção social do risco. *Desenvolvimento e Meio Ambiente*. 2002, (5):49-60.
- ARRETCHE, Marta. Política nacional de saneamento: a reestruturação das companhias estaduais. Brasília: IPEA. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/infraestrutura/saneamento/san_parte3.pdf. Acesso em: 16 jul. 2008.
- BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. PLANSAB: Plano nacional de saneamento básico. Brasília: Ministério das Cidades, 2014. 220p. Disponível em http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSNSA/PlanSaB/plansab_texto_editado_para_download.pdf. Acesso em 27feb2018.
- Barraqué, B. O desenvolvimento dos serviços na Europa. Da diversidade para a convergência? In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P. 311
- BORJA, PC. Política pública de saneamento básico: uma análise da recente experiência brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 23, p. 432-447, 2014.
- Braadbaart, O. A transferência Norte-Sul do paradigma da água canalizada. O papel do setor público nos serviços de água e esgotos. In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P. 115.
- BRITTO, AL; REZENDE, SC; HELLER, L; CORDEIRO, BS. Da fragmentação à articulação. A política nacional de saneamento e seu legado histórico. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais (ANPUR)*, v. 14, p. 63-82, 2012.
- BRULLE, R.J.; PELLOW, D.N. Environmental Justice: Human Health and Environmental Inequalities. *Annu. Rev. Public Health*. 2006. 27:103–24
- CAIRNCROSS, S., VALDMANIS, V. Water Supply, Sanitation, and Hygiene Promotion. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11755/> Co-published by Oxford University Press, New York.
- COSTA, AM. Análise histórica do saneamento no Brasil, Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. 1994.
- CORDEIRO, R. et al. Spatial distribution of the risk of dengue fever in southeast Brazil, 2006–2007. *BMC Public Health*. 2011, v.11, p.355-370.
- FIOCRUZ. Saúde Amanhã: Prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/>. Acesso em 05mar2018.
- Hall, D.; Lobina, E. Políticas públicas e financiamento de sistemas de esgotos. In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P.55.
- HELLER, L.. O papel da União na política de saneamento básico: entre o que se deve e o que se pode esperar. In: CORDEIRO, B.S. et al. (Org.). *Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e a gestão dos serviços públicos*. Vol. I: Instrumentos das políticas e da gestão dos serviços públicos de saneamento básico. 1ed.Brasília: Ministério das Cidades, 2009, v. 1, p. 87-99.
- HELLER, L. Saneamento básico: a dívida social crônica e persistente. In: Ana Fonseca; Eduardo Fagnani. (Org.). *Políticas sociais, desenvolvimento e cidadania*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013, v. 2, p. 369-397.
- Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p.
- HELLER, L.. O papel da União na política de saneamento básico: entre o que se deve e o que se pode esperar. In: CORDEIRO, B.S. et al. (org.). *Lei Nacional de Saneamento Básico: perspectivas para as políticas e a gestão dos serviços públicos*. Vol. I: Instrumentos das políticas e da gestão dos serviços públicos de saneamento básico. Brasília: Ministério das Cidades, 2009, v. 1, p. 87-99.

- Hiratuka, Célio; Sarti, Fernando; Cunha, Marcelo Pereira da; Sabbatini, Rodrigo; Ballini, Rosângela. Impactos econômicos dos investimentos em saneamento básico no Brasil. *Revista DAE*, n. 180, p.20-25, 2013.
- Hutton G, Haller L, Bartram J. Global cost-benefit analysis of water supply and sanitation interventions. *J Water Health*. 2007 Dec;5(4):481-502.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Associação Nacional dos Servidores da Carreira de Planejamento e Orçamento. *Brasil 2035: cenários para o desenvolvimento*. Brasília: Ipea : Assecor, 2017. 320 p. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/170606_brasil_2035_cenarios_para_desenvolvimento.PDF. Acesso em 17jan2018.
- MARTINEZ-ALIER J. et al . Between activism and science: grassroots concepts for sustainability coined by environmental justice organizations. *Journal of Political Ecology*. 2014 (21): 19- 60
- MORAES, LRS; SILVA, AGLS; DIAS NETO, AA ; BORJA, PC; PRUDENTE, AA; ROCHA, LS. Análise situacional do déficit em saneamento básico. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2014. 330p.
- Morgan, M. Extreme and Persistent Inequality: New Evidence for Brazil Combining National Accounts, Surveys and Fiscal Data, 2001-2015. Dez 2017. WID.world Working Paper Series n° 2017/12. Disponível em: <http://wid.world/wp-content/uploads/2017/09/Morgan2017BrazilDINA.pdf>. Acesso em 03jan2018.
- NEVES-SILVA, P. et al. Saneamento e saúde. Saneamento: entre os direitos humanos, a justiça ambiental e a promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.
- PRÜSS, A.; KAY, D.; FEWTRELL, L.; BARTRAM, J. Estimating the burden of disease from water, sanitation, and hygiene at a global level. *Environ Health Perspect*. 2002 (110):537–542.
- Silva, PN; Cabral, A; Dias, AP; Kligerman, DC; Silva, GA; Oliveira, JLM; Quieroz, JTM; Santos, JLMS; Domingues, LCSM, Cohen, SC; Heller, L. Saneamento e saúde. VPAAS (no prelo).
- Pietilä, P.; Gunnarsdóttir, MJ; Hjorth, P.; Nielsen, SB. Serviços descentralizados. A experiência nórdica. In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P.292.
- Rezende, SC. Aspectos demográficos da cobertura de serviços de saneamento no Brasil Urbano contemporâneo, Doutorado em Demografia. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, 2005.
- REZENDE, SC; HELLER, L. O saneamento no Brasil: políticas e interfaces. 2ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008. 387p.
- REZENDE, SC; WAJNMAN, S; CARVALHO, JAM; HELLER, L. Integrando oferta e demanda de serviços de saneamento: análise hierárquica do panorama urbano brasileiro no ano 2000. *Engenharia Sanitária e Ambiental*, v. 12, p. 90-101, 2007.
- Rosenberg, MW. “Do mar do leste ao mar do oeste”. Canadá: um país de abundância nacional e escassez local. In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P. 332.
- SILVA, Priscila Neves. Direitos humanos e vulnerabilidade social: o acesso à água e ao esgotamento sanitário de pessoas em situação de rua. Tese doutorado. Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz. Belo Horizonte, 2017.
- Sousa, ACA; Costa, NR. Política de saneamento básico no Brasil: discussão de uma trajetória. *História, Ciências, Saúde*, v.23, n.3, jul.-set. 2016, p.615-634.
- THAMMAPLAO, S.; CHONGSUWIVATWONG, A. G.; DUERAVEE, M. Environmental factors and incidence of dengue fever and dengue haemorrhagic fever in an urban area, Southern Thailand. *Epidemiol Infect*. 2008, v. 136, n. 1, jan, p. 135–143.
- Uddameri, V.; Singh, VP. A experiência dos Estados Unidos em saneamento. Interação entre políticas públicas e gestão. In: Heller, L.; Castro, J.E. (ed.). *Política pública e gestão de serviços de saneamento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013. 567p. P. 348
- UNDP. Human Development Data (1990-2015). Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/data#>. Acesso em 03jan2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); THE UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND (UNICEF). Progress on drinking water, sanitation and hygiene: 2017 update and SDG baselines. Suíça: 2017. 116p.

