



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ – REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

SÉRGIO JOSÉ FREIRE DE MIRANDA

PLANOS MUNICIPAIS DE SANEAMENTO BÁSICO
COMO INSTRUMENTO DE GARANTIA DO PRINCÍPIO DE
UNIVERSALIZAÇÃO DE ACESSO AO SANEAMENTO BÁSICO
O CASO DE MUNICÍPIOS CEARENSES COM MENOS DE 20 MIL
HABITANTES: UMA QUESTÃO EM XEQUE

Fortaleza

2014

SÉRGIO JOSÉ FREIRE DE MIRANDA

**PLANOS MUNICIPAIS DE SANEAMENTO BÁSICO
COMO INSTRUMENTO DE GARANTIA DO PRINCÍPIO DE
UNIVERSALIZAÇÃO DE ACESSO AO SANEAMENTO BÁSICO
O CASO DE MUNICÍPIOS CEARENSES COM MENOS DE 20 MIL HABITANTES:
UMA QUESTÃO EM XEQUE**

Dissertação apresentada ao Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Orientadora: Professora doutora Rejane Batista Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará

Fortaleza

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M645p Miranda, Sérgio José Freire de.

Planos municipais de saneamento básico como instrumento de garantia do princípio de universalização de acesso ao saneamento básico o caso de municípios cearenses com menos de 20 mil habitantes : uma questão em xeque / Sérgio José Freire de Miranda. – 2014.

94 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2014.

Orientação: Profa. Dra. Rejane Batista Vasconcelos.

1. Política pública. 2. Universalização. 3. Saneamento básico. 4. Avaliação. 5. Planos municipais de saneamento básico. I. Título.

CDD 320.6

ABSTRACT

Planos municipais de saneamento básico como instrumento de garantia do princípio de universalização de acesso ao saneamento básico.

O caso de municípios cearenses com menos de 20 mil habitantes: uma questão em xeque

Dissertação apresentada ao Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Avaliação de Políticas Públicas.

Data da defesa: 31 de janeiro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Professora doutora Rejane Batista Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Professora doutora Alba Maria Pinho de Carvalho'
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Professora doutora Eliana Costa Guerra
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

RESUMO

A água é elemento vital para a sobrevivência de homens, animais e plantas no mundo, enfim, para a garantia de existência dessas formas de vida no planeta. Essa é uma questão em relação à qual não despontam discordâncias de qualquer ordem ou natureza. Por sua vez, a saúde pública, o meio ambiente, os recursos hídricos, as cidades e demais aglomerados urbanos e rurais, ou seja, a sociedade como um todo depende de um esgotamento sanitário adequado. No Estado brasileiro não faltam marcos reguladores prescritivos de asseguramento a todo cidadão brasileiro do direito a esse serviço público de caráter primário, essencial, apesar de, ao longo dos governos de distintos viéses políticos e partidários, o acesso ao saneamento básico, em nenhuma de suas quatro dimensões (abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana e tratamento e destinação adequados de resíduos), até o momento, se fez universal. A relevância do estudo dessa temática faz-se aguda quando se tem de enfrentar os números: o abastecimento de água potável só atinge 81,1% da população brasileira; em, 2010, o Brasil encontrava-se colocado em 9º lugar no *ranking* mundial dos países com população sem acesso a banheiro; também em 2010, nas 100 maiores cidades brasileiras, dos seus 77 milhões de habitantes, 7 milhões eram privados do direito à água potável e, para 31 milhões, não se assegurava acesso à coleta de esgoto. Este empreendimento acadêmico focalizará, dentro dessa política de universalização do acesso ao saneamento básico, aquilo que o ordenamento jurídico define como o instrumento por meio do qual esse acesso será concretizado: o Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB). O estudo avalia em que medida os PMSBs poderão efetivamente responder pela garantia da universalização do saneamento básico em municípios cearenses com população inferior a 20 mil habitantes, dado que esses apresentam baixos índices de desenvolvimento (IDHs) e limitada capacidade técnica para garantir a execução do que está proposto no plano, pondo em xeque a viabilidade da política nos moldes em que se apresenta desenhada. Análises de base qualitativa e quantitativa foram a um só tempo entrelaçadas, no propósito de avaliar a viabilidade de concretização e sustentabilidade do princípio da universalização prescrito nessa política pública. Por meio de estudo de caso, foi analisado o processo de implantação do PMSB nos municípios cearenses de Barreira e Granjeiro, durante os meses de agosto e novembro de 2013. A constituição dos dados para a construção da avaliação foi possibilitada por meio de visitas e acompanhamento nos municípios, entrevistas, observação sistemática, grupo focal e análise crítica de audiências públicas que foram realizadas nos municípios com o intuito de obter a participação de toda a sociedade e o consequente controle social sobre a elaboração dos planos. A pesquisa bibliográfica e a documental, baseada em periódicos, publicações técnicas, *sites* oficiais e bancos de dados da Cagece, Arce, ANA e Cogerh, compõem o arsenal de informações e dados imprescindíveis ao desvendamento da questão em estudo. Tudo o que vimos nos leva a crer que apenas a existência do Plano Municipal de Saneamento Básico não garante a universalização do acesso aos serviços de saneamento básico nos municípios cearenses de até 20 mil habitantes. Falta, principalmente, vontade política, interesse e capacidade de gestão aos prefeitos e suas equipes de técnicos e assessores.

Palavras-chave: Saneamento básico. Planos municipais de saneamento básico. Universalização. Política pública. Avaliação.

ABSTRACT

Water is a vital element for the survival of humans, animals and plants in the world, overall, for guaranteeing the existence of these forms of life on the planet. This is an issue regarding to which there are no disagreements of any kind or nature. In turn, public health, the environment, water resources, cities and other urban and rural areas, that is, society as a whole depends on adequate sanitation. The Brazilian State does not lack prescriptive regulatory frameworks to ensure that every Brazilian citizen has the right to this public service of a primary nature, which is essential, despite the fact that, throughout governments with different political and partisan biases, access to basic sanitation, in none of its four dimensions (water supply, sanitary sewage, urban drainage and adequate treatment and disposal of residues), until now, has become universal. The relevance of studying this topic becomes acute when one has to face the numbers: the supply of potable water only reaches 81.1% of the Brazilian population; in, 2010, Brazil was on 9th place in the world ranking of countries with population without access to a bathroom; Also in 2010, in the 100 largest Brazilian cities, of its 77 million inhabitants, 7 million were deprived of the right to potable water and, for 31 million, access to sewage collection was not guaranteed. This academic endeavor will focus, within this policy of universal access to basic sanitation, on what the legal system defines as the instrument through which this access will be achieved: the Municipal Basic Sanitation Plan (PMSB). The study assesses the extent to which the PMSBs can effectively respond to ensuring the universalization of basic sanitation in Ceará counties with a population of less than 20,000 inhabitants, given that these have low development indices (IDHs) and limited technical capacity to guarantee the execution of what is proposed in the plan, compromising the viability of the policy as it is designed. Qualitative and quantitative base analyzes were at the same time intertwined, with the purpose of evaluating the viability of implementing and sustaining the principle of universalization prescribed in this public policy. Through a case study, the process of implementing the PMSB in the counties of Barreira and Granjeiro in Ceará, during the months of August and November 2013, was analyzed. The constitution of data for the construction of the evaluation was made possible through visits and monitoring in the counties, interviews, systematic observation, focus group and critical analysis of public hearings that were held in the counties, aiming to obtain the participation of the whole society and the consequent social control over the elaboration of the plans. Bibliographical and documentary research, based on journals, technical publications, official websites and Cagece, Arce, ANA and Cogerh databases, make up the arsenal of information and data essential to unveiling the issue under study. Everything we have seen leads us to believe that the mere existence of the Municipal Basic Sanitation Plan does not guarantee universal access to basic sanitation services in Ceará counties with up to 20,000 inhabitants. Mainly, the mayors and their teams of technicians and advisors lack political will, interest and management capacity.

Keywords: Basic sanitation. Municipal basic sanitation plans. Universalization. Public policy. Assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

RESUMO

Figura 1 - Esboço do convênio nº 48/2010/SCidades	48
Quadro 1 - Situação socioeconômica dos municípios conveniados	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abar	- Associação Brasileira de Agências de Regulação
Aprece	- Associação dos Prefeitos do Ceará
Arce	- Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará
Agergs	- Agência Reguladora do Rio Grande do Sul
BNH	- Banco Nacional da Habitação
Cagece	- Companhia de Água e Esgoto do Ceará
Cesb	- Companhia Estadual de Saneamento Básico
CNM	- Confederação Nacional dos Municípios
Conpam	- Conselho de Políticas e Gestão do Meio Ambiente
EPC	- Estação de Pré-condicionamento de Esgoto
ETO	- Estação de Tratamento de Odores
FAE	- Fundo de Financiamento de Águas e Esgotos
FGV	- Fundação Getúlio Vargas
FNSA	- Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental
Funasa	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IFCE	- Instituto Federal do Ceará
Inesp	- Instituto de Estudos e Pesquisas para o Desenvolvimento do Ceará
Ipea	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
JMP	- Programa de Monitorização Conjunta para o Abastecimento de Água Potável e Saneamento da OMS/UNICEF
Mapp	- Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
Planasa	- Plano Nacional de Saneamento
PMSB	- Plano Municipal de Saneamento Básico
PMSS	- Programa de Modernização do Setor de Saneamento
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSB	- Pesquisa Nacional de Saneamento Básico
PPA	- Plano Plurianual

- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PNUMA - Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
-
- Saae - Serviço Autônomo de Água e Esgoto
- SCIDADES - Secretaria das Cidades
- SDA - Secretaria de Desenvolvimento Agrário
- SFS - Sistema Financeiro de Saneamento
- Sirae - Sistema de Informações Regulatórias de Água e Esgoto
- SNIS - Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
- Sudene - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
- Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância
- UVC - União de Vereadores e Câmaras do Ceará

SUMÁRIO

1 SANEAMENTO BÁSICO EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO	11
1.1 Bases Prefigurativas do Saneamento Básico	11
1.2 Cenário Atual do Saneamento Básico no Brasil	37
1.3 Saneamento Básico no Ceará: o Panorama Local	41
1.4 O Marco Regulador (Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007) como Indutor do Alcance da Universalização do Acesso ao Saneamento Básico	46
1.5 O Planejamento no Contexto Legal e Sua Importância para a Universalização dos Serviços	48
2 O PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO: AS RAZÕES PARA COLOCÁ-LO EM XEQUE	51
2.1 O Plano Municipal de Saneamento Básico e a Necessidade de Sua Avaliação.....	51
2.1.1 O <i>Deficit</i> de Saneamento Básico no Brasil	54
2.1.2 O <i>Deficit</i> do Saneamento Básico no Estado do Ceará.....	56
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DE INVESTIGAÇÃO.....	65
3.1 Processo Análítico	68
3.2 Caminho Metodológico	73
3.3 Caminhos e Descaminhos do Pesquisador	77
3.4 A Política de Saneamento Básica em Busca da Universalização	81
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	84
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87

INTRODUÇÃO

Pretendemos neste estudo avaliar o quanto a existência dos Planos Municipais de Saneamento Básico – PMSB determinam o êxito do Projeto de Universalização do Saneamento Básico em cidades de menos de 20 mil habitantes, no Estado do Ceará.

Estamos ouvindo, como um mantra, que a existência dos Planos garante a Universalização do acesso ao Saneamento Básico nas cidades do Ceará, com menos de 20 mil habitantes. Será? A preocupação de muitos gestores municipais é com a elaboração do Plano e, apenas com ela.

Não temos visto por parte dos senhores gestores uma preocupação maior com a formação de quadros técnicos nem gerenciais que garantam a implantação e manutenção dos planos de saneamento básico.

É como se apenas a existência do plano garantisse a universalização do acesso ao saneamento básico. Há movimentos, encabeçados por políticos, buscando insuflar a população a se negar a pagar pela água e, principalmente pelo esgotamento sanitário, como é o caso da região do Cariri. Vereadores tiveram como bandeira de campanha o não pagamento pelos serviços de saneamento básico e agora, não querem retroceder mesmo se dizendo convencidos da necessidade de se pagar por estes serviços.

A Lei Federal nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007, conhecida como Lei do Saneamento Básico, que estabelece a necessidade dos Planos Municipais de Saneamento Básico somente foi regulamentada pelo Decreto nº 7.217 de 21 de junho de 2010 e estabelecia que até 31 de dezembro de 2013 todos os municípios brasileiros deveriam ter elaborado seus planos, sendo que a partir de janeiro de 2014 só teriam acesso às verbas destinadas a saneamento básico os municípios que, de fato, tivessem cumprido esta determinação. Esse prazo foi adiado para 2015.

Dos cerca de oitenta municípios cearenses com população inferior a 20 mil habitantes, 51 aderiram ao Convênio nº 48/2010 SCIDADES – Arce – Cagece – Aprece e 20 delas foram concluídas e serão por nós analisadas pelo método de Estudo de Caso. Nesta análise estudamos o município de Barreira que tem cerca de 20 mil habitantes e o município de Granjeiro com menos de 5 mil habitantes. Trabalhamos, assim, no limite populacional superior e, também no inferior, dos municípios conveniados. Analisamos como aconteceu a elaboração destes planos e como será a sua implementação.

Nosso objetivo é conhecer as dificuldades que ocorreram para a elaboração dos planos, como os municípios estão se preparando para a implantação e manutenção destes planos e, se, de fato, a existência dos planos garante a Universalização do acesso ao Saneamento Básico nos respectivos municípios.

Estudamos por meio de estudo de caso as condições existentes e os requisitos necessários aos municípios, particularmente os de pequeno porte, para que os planos possam vir a ser tomados como instrumentos viabilizadores dessa universalização.

Este esforço investigativo visa, fundamentalmente, avaliar em que medida os PMSBs poderão efetivamente responder pela garantia da universalização do saneamento básico em municípios cearenses com população inferior a 20 mil habitantes, dado que esses apresentam baixos índices de desenvolvimento (IDHs) e limitada capacidade técnica para garantir a execução do que está proposto no plano, pondo em xeque a viabilidade da política nos moldes em que se apresenta desenhada.

Temos nessa análise ainda, o objetivo de:

1. Analisar a política de universalização do saneamento básico, tendo como referente o plano municipal de saneamento básico;

2. Identificar fatores que contribuam e fatores que dificultem a sustentabilidade da política pública de universalização do saneamento básico baseado nos planos municipais de saneamento básico (PMSBs);
3. Identificar os problemas que surgiram no decorrer do processo de elaboração dos planos de saneamento básico, apontando, quando possível, estratégias que possam ser adotadas frente às potenciais dificuldades identificadas;
4. Levantar as deficiências de cada um dos participantes do convênio (Aprece– Arce– Cagece-SCidades) e também dos demais parceiros (Funasa, Conpam, IFCE, SDA, UVC).

Visitamos os municípios e conversamos/entrevistamos pessoas que participaram da elaboração do plano, do controle social exercido pelas audiências públicas e/ou que estivessem de alguma forma envolvidas com a implantação e manutenção do plano municipal de saneamento básico.

Também buscamos entrevistar pessoas que tivessem participado da elaboração e que não estivessem ligadas a nenhum dos municípios e, sim, a uma instituição que faça parte do Convênio nº 48/2010.

Na primeira parte de nosso estudo nós falamos do contexto histórico do saneamento básico, na segunda mostramos as razões para pôr em xeque o Plano Municipal de Saneamento Básico como indutor da universalização, já na terceira etapa mostramos o percurso metodológico de nossa Investigação.

Após estes estudos esperamos estar aptos a esclarecer algumas das questões que hora nos atormentam.

Ainda hoje em muitas localidades brasileiras vive-se como no tempo de Ana Jansen. Até meados do século XIX, o abastecimento de água potável da cidade de São Luis era feito a partir de poços e nascentes e, também, pelos chamados aguadeiros que vendiam água pela cidade em pipas, que eram transportadas em carroças. Tratava-se de um comércio lucrativo que era monopolizado por Ana Jansen, famosa senhora de escravos do Maranhão, dona de grande fortuna na época.

Esse fornecimento era considerado na época atrasado e sem higiene, razão pela qual o governo provincial de então partiu para modernizá-lo, tentando promover o abastecimento de água a partir de canos. Para isso, em 1856 foram dados os primeiros passos para a criação da Companhia de Água do Rio Anil. Porém, esta primeira tentativa de abastecer São Luis com água encanada, não teve sucesso e a companhia que deveria fazer o serviço, fechou. Entre os problemas da época estavam a sujeira da água e o entupimento dos canos, que provocavam a falta de abastecimento. E, para completar, Ana Jansen mandou colocar gatos mortos nos poços da Cia do Rio Anil.

Diante daquela situação, boa parte da população era obrigada a recorrer às pipas, sem higiene, de Ana Jansen. Da mesma forma na crise que o Nordeste vive, recorre-se à água distribuída sem a menor condição de higiene, tendo inclusive sido constatada, recentemente, a distribuição de água para consumo humano em caminhões limpa fossas.

1 SANEAMENTO BÁSICO EM SEU CONTEXTO HISTÓRICO

1.1 Bases Prefigurativas do Saneamento Básico

Interessante observar que a água é elemento vital para a sobrevivência de homens, animais e plantas no mundo, e que, do esgotamento sanitário adequado, dependem a saúde pública, o meio ambiente, os recursos hídricos, as cidades e demais aglomerados urbanos, enfim a sociedade como um todo.

Desde os primórdios, o homem buscou construir suas moradias nas proximidades das fontes de água, uma vez que este recurso é fundamental tanto para o atendimento de suas necessidades básicas, quanto para suas atividades econômicas, como a agricultura e a produção de mercadorias diversas.

Com o desenvolvimento industrial, em meados do século XVIII, vieram as fábricas e as cidades incharam com o êxodo dos homens do campo em busca de emprego. Foram construídos alojamentos onde os operários eram amontoados e dispunham de um vaso sanitário para cada duzentas pessoas, em média. Logo vieram as doenças e grassaram as epidemias.

No início do século XIX, as condições da vida urbana começam a melhorar, mas o suprimento de água e a limpeza das ruas não acompanhavam a expansão urbana. Houve, então, graves epidemias de cólera e febre tifoide, transmitidas pela água contaminada e agravadas pelas péssimas condições de vida e trabalho da classe operária.

Percebeu-se, então, uma relação de causa e efeito entre a sujeira existente e as doenças nas cidades, Os engenheiros hidráulicos propuseram uma reforma radical no sistema sanitário, separando a água potável da água servida, sendo as valas de esgotos a céu abertas substituídas por encanamentos subterrâneos de manilhas de cerâmica.

Somente no século XX, surgiram novos hábitos de higiene com o crescimento da rede de esgotos e da água encanada, reabilitando o banho, antes tão difundido na Roma antiga. E com a expansão da indústria de higiene, o sabão passa a ser industrializado e popularizado, já nessa época, o papel higiênico começa a ser vendido em rolos, formato utilizado até hoje.

O homem ia aprendendo, assim, que a água suja e seus resíduos poderiam transmitir doenças, passando a buscar água limpa para seu uso e a remover seus detritos para evitar a proliferação de doenças.

A água doce é um bem escasso que afeta todos os aspectos da vida humana. O seu estoque é limitado enquanto o seu consumo cresce rapidamente.

Segundo o PNUMA (2004) de toda a água existente no planeta Terra, apenas 2,5% correspondem à água doce. A maior parte desta água se apresenta em forma de gelo ou neve permanente, armazenada na Antártida e na Groenlândia, ou em aquíferos de águas subterrâneas profundas. As principais fontes de água para uso humano são lagos, rios, açudes e bacias de águas subterrâneas relativamente pouco profundas. Ainda para PNUMA (2004) a parte utilizável dessas fontes é de menos de 0,01% de toda a água do planeta. No Brasil, apesar do grande volume de água doce, sua utilização fica comprometida pela distância entre as maiores reservas (a bacia amazônica, por exemplo) e os grandes centros urbanos. Nas últimas cinco décadas do século XX a população mundial duplicou enquanto o consumo de água quadruplicou. Mantidas estas taxas até 2025, o consumo igualará as reservas disponíveis.

A principal fonte poluidora dos cursos de água é o despejo de material tóxico proveniente das atividades agroindustriais e industriais. A agricultura, o lixo industrial e o lixo urbano constituem as três principais fontes de poluição da água doce (ONU, 2003), acarretando assim na redução da disponibilidade desse bem em qualidade compatível com a necessidade humana. O desperdício doméstico é superestimado, tendo em vista que 70% da água é consumida pela agroindústria e 20% pelas indústrias, sobrando apenas 10% para todos os outros usos, inclusive o humano.

Com o aumento constante da população urbana, a falta de acesso seguro à água potável e ao sistema de saneamento básico nas cidades é um fator de preocupação permanente. Segundo relatório da UN-Water (2011), as pessoas que não tem acesso a estes elementos são as mesmas que vivem marginalizadas, excluídas e discriminadas, explicando o fenômeno como resultado de decisões políticas que deslegitimam as suas existências e perpetuam o estado de pobreza.

No Brasil, a desigualdade de acesso à água é evidente. O estudo realizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD (2006), afirma que o país concentra aproximadamente 12% da água doce do planeta, sendo que os 20% mais ricos da população desfrutam de níveis de acesso à água e saneamento geralmente comparáveis ao de países ricos. Enquanto isso, os 20% mais pobres têm

uma cobertura tanto de água como de esgoto inferior à do Vietnã. Além do mais 73% de nossos recursos hídricos concentram-se na bacia hidrográfica amazônica, onde mora apenas 4% da população brasileira;

O desejo da maioria da população da periferia urbana é encontrar água em quantidade suficiente nas torneiras dos seus lares. O que representa uma cena cotidiana para muitos, para esta fatia da população é considerado como algo muito distante.

Para a camada mais pobre, que reside nas periferias das cidades das regiões metropolitanas do Nordeste encontrar água de qualidade para beber e em quantidade suficiente para suprir suas necessidades ainda é um sonho. A distribuição da quantidade de água para atender as necessidades básicas do ser humano é desigual. Dentro da mesma região é possível constatar níveis de acesso à água equivalentes aos de países europeus, assim como algumas áreas apresentam realidades semelhantes a países da África subsaariana.

Segundo nos relata BUFF (2010), a universalização do saneamento é assunto recente e geograficamente restrito, pois sempre o saneamento ficou limitado à zona urbana e à camada da população elitizada e de maior poder aquisitivo.

O saneamento básico compreende um conjunto de procedimentos adotados numa determinada região que visa proporcionar uma situação higiênica saudável para os habitantes. Antes, ao falarmos de saneamento básico estávamos falando de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

De acordo com a Lei Federal nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007, saneamento básico compreende um conjunto de serviços, infraestruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento

e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas.

Em nosso trabalho, enfocaremos somente as dimensões abastecimento de água e esgotamento sanitário.

No Brasil, a preocupação com o saneamento vem com os indígenas que armazenavam água em recipientes de barro, argila ou pedra e reservavam áreas para fazerem suas necessidades fisiológicas e, nelas também depositarem seus resíduos.

BUFF (2010) separa a história do saneamento básico no Brasil em seis fases antes de chegarmos aos dias atuais. Segundo ela, no período colonial aconteceu o que se chama de 1ª fase do saneamento no Brasil na qual a história do saneamento se confunde com a formação das cidades. O abastecimento de água era feito por meio da coleta em bicas e fontes, enquanto as ações de saneamento eram apenas a drenagem dos terrenos e a instalação de chafarizes em algumas localidades.

No Rio de Janeiro, à época de D. João VI, as instalações sanitárias das casas ficavam no fundo dos quintais e os dejetos eram acumulados em barris, que, quando ficavam cheios, após vários dias de utilização, exalando forte mau cheiro e infectados, eram transportados por escravos, apelidados de “tigres” e despejados na praça da República ou na praia onde eram lavados e retornavam para as residências para novas utilizações. Os escravos eram, também, encarregados de transportar água das bicas e chafarizes até as residências.

Em 1840, foi criada uma empresa para explorar o fornecimento de água que era, então, transportada por uma frota de carroças de duas rodas, tracionadas por burros; a água, antes gratuita, passa a ser comercializada.

Em fins do século XIX e início do século XX, dá-se o que seria a 2ª fase do saneamento básico no Brasil com a organização do saneamento básico que consistia na entrega das concessões a companhias estrangeiras.

Ainda no início do século XX, surge o que seria a 3ª fase do saneamento básico no Brasil, com a estatização dos serviços em função da péssima qualidade dos que eram prestados pelas concessionárias estrangeiras.

A 4ª fase vem a partir dos anos 1940, correspondendo ao período Vargas, quando há uma maior interferência do Estado na economia, aumento do êxodo rural em direção às grandes cidades, principalmente São Paulo. Surgem, então, as autarquias e mecanismos de financiamento. O setor de saneamento básico é gradativamente desligado da área da saúde pública à qual vinha atrelado desde longas datas.

Surge a 5ª fase nos anos 1950 e 1960, quando são criadas as empresas de economia mista. Nela, o Banco Interamericano de Desenvolvimento tem destacada participação ao fornecer empréstimos para o saneamento básico.

A 6ª fase vem na década de 1970, quando em 1971 o Regime Militar implantou o Plano Nacional de Saneamento (Planasa) criando as companhias estaduais de saneamento, assegurando-lhes autonomia e autossustentação por meio do estabelecimento de tarifas e financiamentos.

As modificações do perfil populacional causadas por fatores como o êxodo rural, e a explosão demográfica aliadas à falta de planejamento urbano levaram as cidades brasileiras a ter um alto índice de concentração urbana que somado às péssimas condições habitacionais geraram diversas endemias e epidemias com uma conseqüente crise no saneamento básico.

O governo militar, se vê, então, obrigado a intervir nos serviços de saneamento básico para minorar a crise e escolhe as dimensões de abastecimento de água e esgotamento sanitário como prioritários para serem trabalhados através do Planasa.

O Planasa foi instituído em 1969, mas só começou a funcionar dois anos após, destinando recursos para os estados da federação criarem suas próprias companhias de saneamento. Para tal finalidade, foi instituído o Sistema Financeiro de Saneamento (SFS), gerido pelo Banco Nacional da Habitação (BNH). Para obter esse financiamento, cada estado, com base em seus recursos orçamentários, era obrigado a criar, um Fundo de Financiamento de Águas e Esgotos (FAE) e uma companhia estadual de saneamento.

Essas companhias precisavam obter a concessão dos municípios de seu estado para neles operar em forma de monopólio. Os municípios que não dessem a concessão à Cesb (Companhia Estadual de Saneamento Básico) não receberiam dinheiro para o saneamento básico. O Planasa exigia também que o estado investisse pelo menos 50% do montante global de seu respectivo FAE. O BNH entrava com os

outros 50%, utilizando recursos do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Este esquema durou até 1990, ano em que, por decreto presidencial, o BNH foi extinto e, conseqüentemente, o Planasa teve fim.

As Companhias Estaduais de Saneamento Básico (Cesbs) são empresas de economia mista, com controle acionário de cada estado. Essas empresas detêm, mediante concessão municipal, o monopólio da administração, operação, manutenção, construção e comercialização dos serviços de água e esgoto.

As Cesbs funcionam segundo o princípio do caixa único, ou seja, na maioria dos estados, a tarifa é a mesma para todos os municípios atendidos.

Existe um esquema de subsídios cruzados que permite a transferência de recursos dos serviços e localidades lucrativos para os não lucrativos.

Segundo Léo Heller (2013), após a extinção do BNH em 1986, o setor de saneamento oscilou entre as instabilidades institucionais anárquicas (governo Sarney), a supervalorização dos agentes privados na determinação dos rumos do setor (governo Collor), um nacionalismo com poucos resultados para a área (governo Itamar Franco), tentativas sistemáticas e malsucedidas da ampliação da participação privada (os dois mandatos de FHC) e ações para a ordenação institucional do setor (primeiro mandato do governo Lula). É recente a promulgação da Lei nº 11.445/2007, que estabelece o marco regulador para o setor, mas ainda não se faz sentir fortemente a reorganização que dele se espera decorrer.

Hoje, a situação do saneamento básico, tanto nas áreas rurais como nas áreas urbanas, continua precária para as populações de baixa renda, apesar do incremento acontecido nos últimos quarenta anos, pois nunca a implementação das obras de saneamento básico acompanhou o ritmo de crescimento do Brasil (BUFF, 2010).

Considerando as áreas urbanas e rurais do país, a distribuição de água alcança 81,1% da população. A coleta de esgotos chega a 46,2% da população brasileira e, desse esgoto gerado, apenas 37,9% recebem algum tipo de tratamento segundo o Sistema Nacional de Informações sobre o Saneamento (SNIS) 2010 do Ministério das Cidades.

Segundo o mesmo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento, 2012 temos mais alguns dados para análise e reflexão:

- 34 milhões de brasileiros não tem acesso a água encanada;

- 103 milhões de pessoas não estão conectadas às redes de esgoto;
- 38,7% dos esgotos gerados são tratados;
- No Brasil a média de perdas de água na distribuição é de 36,9%;
- A média de consumo de água dos brasileiros em 2012 foi de 167,5 litros por habitante ao dia (aumento de 4,9% com relação a 2011);
- A região com menor consumo é a Nordeste, com 131,2 litros por habitante por dia; já a região com maior consumo é a região Sudeste, com 194,8 litros por habitante por dia;
- O setor de saneamento gerou 726,6 mil empregos diretos, indiretos e de efeito renda em todo o país, sendo 209,8 mil diretos nos serviços e 516,8 mil gerado pelos investimentos.

Testemunhamos a universalização das comunicações nos anos 1990, quando estávamos na Telecomunicações do Ceará S.A (Teleceará). Depois vimos a universalização dos acessos à energia elétrica, com o Programa Luz para Todos, ao entrarmos na Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará (Arce), em 2007. E, só agora, presenciamos a busca da universalização dos acessos ao saneamento básico nas dimensões abastecimento de água e esgotamento sanitário.

Por quais razões, no nosso país, houve essa inversão de prioridades? Que argumentos sustentam a prioridade da telefonia sobre a água? E, mesmo a energia, no nosso entendimento, não é mais importante do que a água. Não sabemos dizer porque o abastecimento de água e o esgotamento sanitário foram relegados, por tanto tempo, a um segundo ou terceiro plano. O que sabemos é que ainda há, tanto nos rincões do Brasil quanto na periferia das grandes cidades, falta de água potável para grande parte da população. Quanto ao esgotamento sanitário, a carência é imensa, mesmo em capitais como Fortaleza, onde cerca de 53% da população não tem acesso a este serviço essencial.

Vale a pena lembrar que tanto a universalização da telefonia quanto a da energia elétrica vieram junto com a privatização. É necessário e inadiável universalizar o acesso ao serviço de saneamento básico. Mas o governo não tem recursos para tal, este é o discurso. Será que a universalização do acesso ao saneamento básico que se

põe em curso é prenúncio de privatização do setor à semelhança do ocorrido com os serviços de telefonia e energia elétrica? É uma questão sobre a qual se impõe a necessidade de debate aberto.

As empresas vêem apenas o lado econômico, a rentabilidade, o lado social, a cidadania, é esquecida. A prioridade, mais uma vez, é para quem pode pagar pelo serviço.

A evolução da cobertura pelos serviços de saneamento básico seguiu a mesma tendência de diversos outros serviços essenciais no Brasil se caracterizando pela exclusão e pela desigualdade. Heller (2011) nos mostra em sua obra “Os desafios do Saneamento Básico no Brasil”, que é nítida a relação entre a renda familiar e o acesso ao saneamento básico. Essa situação alimenta o perverso ciclo da pobreza e da desigualdade: os mais pobres têm menor chance de acesso a soluções sanitárias adequadas; quanto pior a solução, maior a chance de comprometimento da saúde de toda a família; quanto maior o comprometimento da saúde, maior o absenteísmo escolar e ao trabalho e um maior percentual do orçamento familiar é utilizado com a saúde.

Voltamos a indagar por que o Brasil, até hoje, não universalizou o acesso ao saneamento básico? Por falta de projetos adequados e pessoal capacitado ou por volume insuficiente de investimentos no setor ou ainda por falta de uma política pública adequadamente formulada para o setor, com definição de marcos legais, estabelecimento de controle social além de planejamento e avaliação devidamente estruturados, valorizando a regulação e fiscalização dentre tantos fatores administrativos e políticos.

Somente quando se tiver uma visão sistêmica do setor, abrangendo saúde, meio ambiente, recursos hídricos e demais setores correlatos, poderemos alcançar a universalização do acesso ao saneamento básico.

Até lá continuaremos convivendo com a seguinte situação: 20% da população brasileira sem acesso a uma rede coletiva de abastecimento de água, população esta mais concentrada na área rural que na urbana. Trata-se de parcela populacional expressiva, de quase 40 milhões de pessoas. A ONU diz ser direito humano o acesso à água limpa e segura. Porém, quem garante que os 80% da população que as estatísticas apresentam como “atendidas” recebem água limpa e segura? Sabemos perfeitamente que muitos sistemas de abastecimento não fornecem água potável e não a distribuem com continuidade.

Por outro lado, cerca de um terço da população brasileira não tem uma disposição segura dos seus esgotos. E, muito grave, há um importante déficit no tratamento dos esgotos coletados. Historicamente, houve a preocupação em afastar os esgotos das imediações dos domicílios, mas não em assegurar uma disposição ambiental adequada, resultando em expressiva poluição de nossas águas e disseminação dos riscos sanitários para regiões a jusante.

A falta de universalização do acesso ao saneamento básico provoca alguns efeitos: impacta na saúde humana, principalmente das crianças; compromete as condições ambientais; mostra a péssima qualidade da vida em ambiente com esgotos a céu aberto; propicia a presença de ratos, baratas, moscas, e mosquitos nas moradias e causa doenças infecciosas e parasitárias.

O Brasil vive, desde o império, ciclos alternados do modelo estatal/privado na construção de sua infra-estrutura, criando uma total dependência da Nação, ora dos interesses do Estado, ora da lógica do capital privado. Os ciclos se alternam, porém, não solucionam as demandas de setores básicos da infra-estrutura, como o setor saneamento básico.

Os primeiros serviços públicos de distribuição de água e rede de esgoto no Brasil foram concessões dadas a empresas privadas a partir da segunda metade do século XIX início do século XX que, em decorrência de má qualidade na prestação desses serviços, foram encampadas por instituições governamentais, a partir dos anos de 1.940. Nesse período surgiu o primeiro instrumento jurídico para regular a utilização dos recursos hídricos: “o código das águas”.

Em seguida surgiu o Departamento Autônomo de Água e Esgoto - DAAE ou SAAE - em nível municipal - e alguns departamentos estaduais de saneamento, na forma de autarquia.

Na década de 1960 o processo de busca de autonomia prosseguiu com o surgimento das autarquias municipais, principalmente nas cidades maiores, uma vez que a gestão, por meio da administração municipal direta, era uma característica das pequenas cidades. Foi quando também surgiu o Sistema Financeiro de Habitação - SFH, o Banco Nacional da Habitação - BNH e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, que além de financiar projetos habitacionais, também financiaria obras de saneamento básico.

Em 1971 foi criado o Plano Nacional de Saneamento - PLANASA, que durou formalmente até 1992. Nesse período foram consolidados os valores que surgiram nos anos 50 como a autonomia da administração direta, a autosustentação dos serviços através das tarifas e o financiamento baseado em recursos retornáveis.

Os municípios teriam que concordar com a transferência do seu poder concedente para a respectiva Companhia Estadual de Saneamento Básico - Cesb. Aquele que não assinasse a autorização seria excluído do Sistema Financeiro de Saneamento - SFS, que existia no âmbito do BNH e que reunia os recursos de empréstimos internacionais, do Orçamento Federal, dos Estados e, principalmente, do FGTS, destinado ao setor de saneamento.

As 27 Cesb,s, criadas a partir do PLANASA, foram responsáveis pelo abastecimento de água de aproximadamente 70% dos municípios brasileiros, representando 75% da população urbana do Brasil. No entanto, elas responderam pelo esgotamento sanitário de aproximadamente 14% dos Estados que concentram 51% da população urbana do país.

Os serviços públicos de abastecimento de água tratada e esgotamento sanitário, em seu âmbito territorial, são de titularidade e competência exclusiva dos municípios, (CF/88 - art. 30, V).

Hoje a Legislação aplicável ao setor de saneamento básico é a seguinte:

1- Decreto 79.367 de 09 de março de 1977.- Dispõe sobre normas e o padrão de potabilidade da água e dá outras providências. (Consta no art. 3º deste decreto): "Os órgãos e entidades dos Estados, Municípios, Distrito Federal e Territórios, responsáveis pela operação dos sistemas de abastecimento público, deverão adotar, obrigatoriamente as normas e o padrão de potabilidade estabelecidos pelo Ministério da Saúde";

2- Constituição Federal: Algumas competências são simultâneas das três esferas de governo, como por exemplo, as limitações urbanísticas (art. 182 da CF), outras, embora correlatas, são distintas as competências, atuando cada esfera de governo em um determinado nível. Dentro desse contexto político-institucional, propõe-se um enquadramento sistemático das práticas habitualmente desenvolvidas, já que o Município recebeu atribuições próprias e comuns aos demais entes federados. Art. 30 da CF.

Art. 30 "Compete aos municípios:

V - Organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local."

Art. 175 "Incumbe ao Poder Público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços públicos";

3- LEI Nº 8.987/95 - Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos;

4- LEI Nº 9.074/95- Estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões;

5- LEI Nº 8.666/93- Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública;

6- LEI Nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007 - Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico (**Marco regulatório do saneamento básico**)

A Lei Nº 11.445 ampliou o conceito de saneamento básico para abranger não apenas o abastecimento de água potável e o esgotamento sanitário, mas também a limpeza urbana, o manejo de resíduos sólidos e a drenagem e manejo das águas pluviais urbanas. Espera-se desta lei que ela ofereça transparência e segurança jurídica à iniciativa privada e proteja os direitos do consumidor priorizando a qualidade dos serviços prestados.

O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) foi criado em 2007, no segundo mandato do presidente Lula (2007-2010) e, promoveu a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, contribuindo para o seu desenvolvimento acelerado e sustentável.

Pensado como um plano estratégico de resgate do planejamento e de retomada dos investimentos em setores estruturantes do país, o PAC contribuiu de maneira decisiva para o aumento da oferta de empregos e na geração de renda, e elevou o investimento público e privado em obras fundamentais.

Teve fundamental importância para o país durante a grave crise financeira mundial entre 2008 e 2009, garantindo emprego e renda aos brasileiros, o que por sua vez garantiu a continuidade do consumo de bens e serviços, mantendo ativa a economia e aliviando os efeitos da crise sobre as empresas nacionais.

Nos seus primeiros quatro anos, o PAC ajudou a dobrar os investimentos públicos brasileiros (de 1,62% do PIB em 2006 para 3,27% em 2010) e ajudou o Brasil a gerar um volume recorde de empregos – 8,2 milhões de postos de trabalho criados no período.

Em 2011, o PAC entrou na sua segunda fase, com o mesmo pensamento estratégico, aprimorados pelos anos de experiência da fase anterior, mais recursos e mais parcerias com estados e municípios, para a execução de obras estruturantes que possam melhorar a qualidade de vida nas cidades brasileiras incluindo e dando prioridade ao saneamento básico.

Melhorar e expandir o abastecimento de água da população das áreas urbanas com adutoras, estações de tratamento, reservatórios, regularização da distribuição, aumento da produção e cobertura. Aumentar a cobertura de coleta e tratamento de esgoto, proteção dos mananciais, despoluição de cursos d'água e no tratamento de resíduos sólidos são esses os objetivos do PAC-2 na área de saneamento.

Segundo o Portal Brasil em 21 de dezembro de 2011 o Governo, durante a cerimônia de contratação das obras de saneamento do PAC 2 em municípios de até 50 mil habitantes, anunciou obras de saneamento do PAC 2 em mais de 1.100 municípios brasileiros

Consta que esses empreendimentos serão executados com cerca de R\$ 2,6 bilhões do Orçamento Geral da União (OGU), não onerosos para os municípios; e R\$ 1,1 bilhão de Financiamento Público Federal, totalizando uma soma prevista de R\$ 3,7 bilhões de investimentos federais. Com esses recursos serão realizadas 1.144 obras de abastecimento de água e esgotamento sanitário que beneficiarão 1.116 municípios em todas as regiões do País. No período entre 2011 e 2014, o PAC 2 investirá R\$35,1 bilhões para a execução de obras de saneamento básico no País, retomando investimentos em um setor essencial para a saúde e qualidade de vida da população. Todas as regiões do Brasil serão beneficiadas, de acordo com o deficit de saneamento dos municípios.

Para as cidades com população inferior a 50 mil habitantes, estão previstos investimentos de R\$ 5 bilhões, sendo R\$ 4 bilhões do Orçamento Geral da União (OGU), sob gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), e R\$ 1 bilhão de

Financiamento Público Federal com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT/BNDES), sob gestão do Ministério das Cidades.

Foram selecionados, no processo seletivo da Fundação Nacional da Saúde (Funasa), 635 municípios de 26 estados. Serão beneficiadas 5,2 milhões de pessoas. O investimento previsto nesta nova etapa será de R\$ 2,8 bilhões de reais em obras de rede de abastecimento de água e de coleta e tratamento de esgoto.

No Ceará, 9 municípios receberão recursos do Governo Federal para esgotamento sanitário e outros 36 municípios serão beneficiados com o abastecimento d'água, somando o valor de R\$ 208,2 milhões.

O Plano Nacional de Saneamento Básico (Plansab) tem como principais metas alcançar 99% de cobertura no abastecimento de água potável, sendo 100% na área urbana; alcançar 92% no esgotamento sanitário, sendo 93% na área urbana; universalizar a coleta de lixo na área urbana e acabar com lixões ou vazadouros a céu aberto em todo o país.

Serão realizados 197 empreendimentos de abastecimento de água (R\$ 601,3 milhões); 269 obras de esgotamento sanitário – estruturas coletivas de serviços de água e esgoto (R\$ 1,76 bilhão); e 548 empreendimentos de esgotamento sanitário – melhoria sanitária domiciliar (R\$ 274 milhões).

Estados e prefeituras são responsáveis pela realização dessas obras de saneamento, por isso a contratação dos empreendimentos selecionados é realizada diretamente com esses entes federados: 840 obras (R\$ 1,84 bilhão) serão contratadas com as prefeituras; e 174 empreendimentos (R\$ 802,6 milhões), com 18 governos estaduais.

O valor total da seleção 2011 para obras de saneamento básico com recursos do Orçamento Geral da União (OGU), e gestão da Funasa/Ministério da Saúde, foi de R\$2,9 bilhões, sendo R\$ 2,6 bilhões para obras e R\$ 300 milhões para projetos.

O processo de seleção para obras com recursos do OGU, iniciado em junho de 2011, recebeu 5.507 propostas para obras de abastecimento de água e esgotamento sanitário, num valor total de R\$ 44,6 bilhões.

Para a seleção dos empreendimentos foram considerados os seguintes critérios:

Existência de projetos básicos de engenharia elaborados

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

Índices de cobertura sanitária

Taxas de mortalidade infantil

Gestão estruturada do serviço de saneamento

Complementação a obras do PAC 1 que promoverem a universalização dos sistemas

Risco de transmissão de doenças relacionadas à falta ou inadequação das condições de saneamento (esquistossomose, tracoma e dengue).

Existência de plano municipal de saneamento elaborado ou que contavam com dados atualizados no Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento.

Todas as propostas foram analisadas pela Funasa e reavaliadas pelo Comitê Gestor do PAC, composto por integrantes da Presidência da Funasa, da Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República e do Ministério do Planejamento. Entre outubro e novembro todas as propostas receberam visita técnica e os relatórios de conclusão foram objeto de verificação pelo Comitê Gestor do PAC.

A previsão é de que empresas de saneamento e os governos estaduais vão poder contrair R\$ 1,095 bilhão em empréstimos para implantação de obras de abastecimento de água e esgotamento sanitário nos municípios de pequeno porte.

Para esse modelo de financiamento, foram selecionados 130 empreendimentos com recursos do FGTS e FAT/BNDES, beneficiando 121 municípios em 13 estados - Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

Nesses municípios serão realizados 50 projetos de abastecimento de água (R\$ 367 milhões); e 80 de esgotamento sanitário (R\$ 728,1 milhões). A seleção dos empreendimentos considerou a viabilidade técnica da obra, o estágio e qualidade dos projetos de engenharia. A situação hoje é a seguinte; de cada dez obras do PAC 2 seis não foram concluídas ou não foram nem iniciadas.

Segundo Edson Aparecido da Silva, Sociólogo, e coordenador da Frente Nacional pelo

Saneamento Ambiental (FNSA) e assessor de saneamento da Federação Nacional dos Urbanitários (FNU/CUT); o saneamento básico ainda requer grandes somas de investimento até que se atinja a universalização do acesso, principalmente em áreas carentes onde vivem as pessoas de mais baixa renda. Essas áreas, pelas quais o setor privado não tem interesse, só terão sua realidade transformada com forte presença do Estado, indutor do desenvolvimento e da melhoria da qualidade de vida. A busca incessante do lucro é incompatível com a necessidade de superação dos desafios da universalização. Nesse sentido, é preciso reafirmar o papel insubstituível do poder público na gestão e operação dos serviços públicos de saneamento básico.

Até os anos 1980, a água consumida em Fortaleza provinha de cacimba ou poço de boa qualidade. Hoje, o subsolo da capital encontra-se contaminado impossibilitando a utilização desses mananciais, pois Fortaleza, assim como inúmeras outras grandes cidades do Brasil, está assentada sobre fossas e seus recursos hídricos impossibilitados de serem utilizados pela população.

Essa degradação dos recursos hídricos é preocupante e traz com ela doenças de origem hídrica (diarreias, dengue, febre tifoide, malária etc.), além de elevada mortalidade infantil, impactando negativamente na qualidade de vida da população.

Conforme nos relata Souza (2006), em sua obra “Por uma política de saneamento básico: a evolução do setor no Brasil”, embasada no quadro apresentado pelo Atlas do Saneamento do IBGE, publicado em 2004, a maioria dos cerca de 18 milhões de pessoas que não têm acesso à água encanada nas áreas urbanas moram em habitações precárias nas “favelas, invasões, loteamentos clandestinos e bairros populares das periferias dos grandes centros, ou em pequenos municípios particularmente do semiárido” (SOUSA, 2006, p. 5).

Isso nos preocupa e nos faz refletir sobre como estamos perseguindo a universalização do saneamento básico, daí por que, neste empreendimento acadêmico, buscamos avaliar a política pública de universalização do acesso ao saneamento básico no que diz respeito a sua sustentabilidade, tomando por base o Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB) – instrumento que objetiva trabalhar as condições necessárias para a universalização desse serviço.

A maioria dos envolvidos no processo de efetivação acha que o problema está solucionado ao se ter o PMSB devidamente elaborado. Mas, ao nosso ver, a

elaboração do plano é apenas o primeiro passo nesse processo de universalização; o grande problema ou desafio é a implementação desse plano; é tirar do papel o que foi pensado, é obter recursos para essa implementação e, principalmente, ter pessoas capacitadas técnica e administrativamente tanto para acompanhar a execução do plano, conforme o que foi planejado, quanto para cuidar da manutenção do serviço, após a implantação.

O PMSB instrumento da política de saneamento abrange o conjunto de diretrizes, metas, estratégias e programa de investimentos, contemplando projetos, programas e ações para o desenvolvimento dos sistemas e da prestação dos serviços elencados no conceito de saneamento básico estabelecido na Lei Federal nº 11.445/2007. Abrange, também, a interface dos serviços e objetiva articular e integrar as ações de saneamento com as políticas públicas relacionadas, em especial, às políticas de recursos hídricos, saúde pública e desenvolvimento urbano.

Esse plano deverá abranger toda a extensão territorial do município, com ênfase nas áreas urbanas, assim definidas por lei, identificando-se todas as localidades, como distritos, comunidades rurais etc. a serem atendidas pelos sistemas públicos de saneamento básico, sejam integrados ou isolados. Será, ainda, a base para o estabelecimento do contrato de programa para a prestação dos serviços quando estes forem delegados ou concedidos.

O PMSB, instrumento da política pública de universalização do acesso ao saneamento básico, foi instituído pela Lei nº 11.445/2007 e é o elemento central da gestão dos serviços concedidos e como tal deve ser tratado. Dele, serão emanados os comandos que estabelecerão as condições para a prestação dos serviços de saneamento básico, definindo os objetivos e as metas para a universalização dos mesmos, bem como os programas, projetos e ações necessários para alcançá-las.

O PMSB deve definir as funções de gestão dos serviços públicos de saneamento e estabelecer a garantia do atendimento essencial à saúde pública, os direitos e deveres dos usuários, o controle social, a regulação e fiscalização dos serviços além do sistema de informações conforme regulamenta o Decreto nº 7.217 de 21 de junho de 2010.

Os prefeitos e muitos outros atores envolvidos no processo de construção do PMSB acreditam que ao elaborá-lo os problemas de saneamento básico estão resolvidos, mas, na realidade, as condições para a exequibilidade do plano, ou seja,

como tirar do papel todo o planejamento e torná-lo realidade, são, de fato, o grande desafio, o maior e mais efetivo problema a carecer de solução.

Como disse, ao Diário do Nordeste, o coordenador técnico do convênio Aprece-Arce-Cagece, Galvão Júnior (2012, p.3) “O fundamental não é só elaborar o plano para obedecer a lei. É mais importante consolidar a execução do plano, garantir recursos para que o saneamento básico seja efetivado, e que os municípios criem quadros técnicos neste setor”.

Mas, com as condições hoje existentes - municípios com precárias condições financeiras e técnicas - quais serão os requisitos necessários para que os nossos municípios com menos de 20 mil habitantes utilizem, de fato, os PMSBs como verdadeiros instrumentos de universalização?

Estamos na Arce, desde outubro de 2007. Atualmente, como assessor do Conselho Diretor, atuando com projetos como o “Fórum de Regulação e Cidadania” e “Arce nos Municípios” e, buscamos além de divulgar o papel da agência, estar mais perto dos usuários dos serviços públicos delegados objetivando uma maior participação da população para o pleno exercício do controle social.

A Coordenadoria de Saneamento Básico da Arce tem sua sede em Fortaleza. Nela, os planos são elaborados pela equipe contratada pela Associação dos Prefeitos do Ceará (Aprece), com a assessoria direta da Arce e das demais instituições conveniadas.

Desde que éramos chefe de gabinete do Conselho Diretor nosso acesso aos diversos setores da Arce era facilitado pela atividade desenvolvida e com o tempo, fomos aumentando o grau de intimidade com as diversas áreas. Devido ao nosso interesse pela área de saneamento básico e a necessidade de elaborarmos nosso projeto de pesquisa, que foi apresentado ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (Mapp) da Universidade Federal do Ceará, quando da seleção, aproximamos-nos cada vez mais da Coordenadoria de Saneamento Básico em busca de maiores informações sobre os planos e de ampliar nosso leque de conhecimentos para melhor entendê-los.

Na tese de doutorado de Galvão Júnior (2008), “Regulação e Universalização dos Serviços de Água e Esgoto: estudo do nordeste brasileiro”, ele informa que:

“foram observados problemas de natureza institucional na maioria das Agências Reguladoras estudadas, resultado da existência de instrumentos precários para regulação e da ausência de cooperação institucional entre

Agências Reguladoras e municípios para o exercício da atividade de Regulação” (GALVÃO JUNIOR, 2008, p.5).

Ou seja, necessário se faz que haja maior cooperação entre municípios e Agências Reguladoras e que se utilizem instrumentos adequados para a Regulação.

A Regulação, por ser uma atividade relativamente nova ainda é realizada tendo por base instrumentos precários o que lhe tolhe a ação e, não ajuda nada para dar credibilidade às Agências Reguladoras.

Balbontin (2011, p. 9) afirma que:

“O acesso aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário torna possível a satisfação das necessidades básicas e contribui decisivamente para o desenvolvimento humano, com efeitos multiplicadores na educação, economia e saúde. Portanto, o setor de saneamento básico inscreve-se, necessariamente, na agenda social e econômica dos países. Isso determina que cada país deva ter estratégias claras para o alcance de sua universalização, sendo desejável que essas correspondam às políticas de Estado, acordadas com a maior parte dos atores políticos e econômicos do país”.

O setor saneamento básico passou cerca de vinte anos esquecido pelo governo central, ficando cada estado a executar pouca coisa ou coisa nenhuma, agravando a situação lamentável em que se encontra o país.

Continuando, Balbontin (2011, p. 9) diz que “A insuficiente cobertura e a má qualidade dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário não só prejudicam a saúde da população e contribuem para o recrudescimento da pobreza, como afetam o meio ambiente”.

Dessa maneira,

“o acesso universal ao abastecimento de água e esgotamento sanitário é um dos pilares da luta travada para a redução da pobreza. A sua realização depende de políticas macroeconômicas e estratégias de desenvolvimento com foco em políticas sociais e econômicas que visem à melhoria de renda familiar, à geração de empregos e, mais importante, ao acesso à alimentação, à habitação, à saúde, à educação, à água e ao saneamento, que são a base para o efetivo desenvolvimento dos países. (BALBONTIN, 2011, p. 9-10)

O saneamento básico é entendido, hoje, como um direito social e Telles (1999, p.177) afirma que “falar dos direitos sociais significa falar dos dilemas talvez os mais cruciais do mundo contemporâneo. Suscita a pergunta e dúvida sobre as possibilidades de um mundo mais justo e mais igualitário”.

Cidadania e pobreza é o tema com o qual Vera Telles tem trabalhado, sempre destacando a privação de direitos e a tragédia social brasileira. A autora vem procurando mostrar as possibilidades do Brasil alcançar patamares mínimos de civilidade em seus padrões societários o que jamais será atingido sem a universalização do saneamento básico.

Os direitos sociais foram reconhecidos através da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da ONU, em 1948 e incorporados, ao longo do século, nas constituições dos países ocidentais sendo que no Brasil, apenas em 1988 esses direitos foram incorporados à nossa constituição.

Borja (2004) afirma que: “Se por um lado a lógica do setor recebia forte influência do Planasa, por outro começaram a surgir dois movimentos. Um deles articulava-se com ideias democráticas, ligadas à descentralização, ao fortalecimento do papel do Estado, ao resgate do papel do poder municipal, à participação popular. O outro ocorria no âmbito do Governo Federal, que buscava dar uma nova orientação para o setor, a qual atendia à lógica neoliberal, apontando para a privatização dos serviços de saneamento. Essa nova orientação seguia o modelo Planasa, ao tratar o saneamento como uma atividade empresarial e ligada ao mercado. Esses dois movimentos vão cada vez mais se polarizar”(BORJA, 2004, p. 14).

Das discussões, percebe-se que ações de saneamento têm sido tratadas, às vezes, como uma política social e, dessa forma, como um direito social; em outras apenas uma política pública, passível de ser submetida à lógica de mercado.

Desse modo, afirma Borja (2004): “A promoção das ações de saneamento está mais compatível com as políticas públicas e sociais, o que estabelece um princípio fundamental, que deve nortear uma política de saneamento: “O saneamento é uma meta coletiva diante de sua essencialidade à vida humana e à proteção ambiental, o que evidencia o seu caráter público e o dever do Estado na sua promoção, constituindo-se em um direito social integrante de políticas públicas e sociais.” (BORJA, 2004, p. 14).

A atuação do Estado no campo das políticas públicas e sociais é determinada por um conjunto de fatores políticos, sociais e econômicos, da visão de mundo vigente à época e tantos outros fatores.

Borja (2004) afirma, ainda que, no mesmo ano da 8ª Conferência Nacional

de Saúde (1985), considerado o acontecimento mais importante do movimento da Reforma Sanitária que defendia a redefinição dos papéis institucionais do setor saúde, a Sudene produz o documento “Proposições para uma Nova Política de Saneamento Básico”, no qual aponta a responsabilidade do Estado na produção e gerenciamento dos serviços de saneamento e define esse serviço como uma necessidade universal, de indiscutível interesse para a sociedade, sendo um direito inerente à cidadania, devendo, portanto, atender a toda a população (SUDENE, 1987).

Além disso, são apontadas, nesse documento, diretrizes para o setor, tais como a democratização; a participação comunitária; as mudanças tecnológicas para diminuir o grau de dependência do setor dos poderes públicos; subsídio em face do grande número de sistemas deficitários, principalmente devido à pobreza da população; arcabouço institucional com definições de competências nacional, regional e estadual; participação do município; ações intersetoriais; adequação da política tarifária; gradualismo na implementação das ações; igualdade do benefício a grandes e pequenas comunidades e segmentos da população de alta e baixa renda.

Portanto, antes da Constituição de 1988, existia um debate em torno da revisão do papel do Estado no âmbito das políticas de saúde e saneamento. Essas propostas surgiram durante o debate sobre a Reforma Sanitária e a re-estruturação da política de saneamento do País, em face do colapso do PLANASA em 1986.

Fala-se, neste momento em atender “a toda a população”, o que mostra um grande avanço em relação às metas do PLANASA, estabelecidas em 1971, que buscavam o atendimento de 80% da população urbana e pelo menos 80% das cidades brasileiras com abastecimento de água e levar esgotamento sanitário às capitais dos Estados e cidades de maior porte, até o ano de 1980.

Até a década de 1960, o Brasil não possuía uma política para o setor. As altas taxas de mortalidade infantil e o agravamento da poluição nos principais centros urbanos demonstravam a precariedade dos serviços e a ausência de investimentos. Nos anos 1980, os investimentos no setor foram centralizados no Governo Federal pelos militares. O Planasa incentivou a criação das companhias estaduais, as quais obtiveram a delegação dos municípios por meio de contratos de concessão. Entre suas metas, estava o atendimento de 90% da população com serviços adequados de abastecimento de água e 65% com esgotamento sanitário. Com o fim do Planasa, em meados dos anos 1980, restou grande parte das áreas

urbanas atendidas com abastecimento de água, entretanto, não houve avanços quanto ao esgotamento sanitário.

Daquele período até os anos 2000, o setor foi marcado pela pulverização das ações governamentais e pouca eficácia dos investimentos. Assim, em 2000, 60% da população brasileira não tinham acesso à rede coletora de esgotos e apenas 20% do esgoto gerado no país recebiam algum tipo de tratamento. Naquele mesmo ano, quase 1/4 da população não tinha acesso à rede de abastecimento de água (IBGE, 2004).

A meta do Planasa era, até 1980, atender, no mínimo, a 80% da população urbana com água potável e 50% com serviços de coleta e tratamento de esgoto. Para isso foram criadas 27 companhias estaduais, entre elas a Companhia de Águas e Esgotos do Ceará (Cagece), que passaram a operar na maioria dos municípios brasileiros mediante a assinatura de contratos de concessão, firmados por prazos entre 20 e 30 anos (IBGE, 2004).

O Planasa foi o responsável pelo grande avanço no setor entre 1970 e o início da década de 1990. Nesse período, houve uma expansão no atendimento urbano de 60% para 91% no que diz respeito à água potável, e foi possível acrescentar à população abastecida, 56 milhões de pessoas - contingente maior que a população da França (IBGE, 2004).

A cobertura da coleta de esgotos, incluindo fossas sépticas, evoluiu de 20% para 49% nos domicílios urbanos. Embora tenha havido um crescimento na coleta de esgotos, não houve, no entanto, evolução no tratamento desse esgoto coletado, ou seja, ele é despejado *in natura* em rios e mares. Em consequência, ainda hoje, apenas 10% do esgoto coletado no Brasil são tratados (IBGE, 2004).

Conforme nos relata Souza (2006), ao final da década de 1980 e início da década de 1990, a área de saneamento viveu um intenso processo de debates para o estabelecimento de uma Política Nacional de Saneamento Ambiental. Esse processo se estendeu por cinco anos e envolveu governo, empresas produtoras de equipamentos, empreiteiras e consultorias, além de entidades ligadas a saneamento. Esse movimento foi, no entanto, abortado nos primeiros dias do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), que optou, ao longo de sua gestão, por uma abordagem neoliberal para a política do setor.

Embora essa política tenha enfrentado, no plano institucional, dificuldades que impediram a sua consolidação como uma política neoliberal explícita, o fato é que

houve fortes estímulos à privatização, especialmente por meio do estrangulamento das oportunidades de financiamento ao setor público. Portanto, na raiz da crise vivida pelo saneamento ambiental, nos dias de hoje, está a proposição neoliberal de transformar sua natureza: de serviço público de caráter social para atividade econômica que vise o lucro; de direito social e coletivo para a de mercadoria, que se adquire (ou não) segundo a lógica do mercado (SOUZA, 2006).

O Brasil conviveu na década de 90 com a adoção de uma política neoliberal, que se baseou na construção de um Estado mínimo, ou seja, tudo que não era considerado essencial pelos governos era colocado a venda, em negociações que até hoje são consideradas suspeitas. Empresas estratégicas como a Vale do Rio Doce, Companhia Siderúrgica Nacional, Telebrás incluindo a Embratel, e as distribuidoras de energia dentre outras foram vendidas a preços muito abaixo do seu real valor, levando ao desemprego em massa milhões de trabalhadores, rebaixando a qualidade dos serviços e cobrando tarifas abusivas de serviços essenciais a população.

O setor de saneamento ficou de fora desse processo, pelo menos da forma que desejavam os governantes à época, principalmente por que a concessão dos serviços de saneamento não é federal. A atribuição da prestação desses serviços é do município, que pode operar diretamente ou sob regime de concessão privada ou através de contrato de programa quando o operador for público.

Hoje, alguns governantes têm lançado mão de uma nova forma de privatização que é a adoção da política de Parceria Público-Privada – PPP enquanto em alguns casos se busca a reestatização, em função dos péssimos serviços prestados e do aumento abusivo de tarifa.

Segundo Dallari (1998), o mundo tem passado por profundas transformações, o papel do Estado foi e continua sendo questionado, alteraram-se com maior ou menor amplitude suas formas de organização e atuação. Mas permanece o reconhecimento da enorme influência do Estado na vida da humanidade e, cada vez mais, é objeto de preocupação a conciliação da eficiência do Estado com a preservação dos direitos fundamentais da pessoa humana. A busca de preservação da liberdade, que foi um dos fatores de criação do chamado Estado moderno, sucessor do absolutismo, continua presente, agora com a consciência, resultante da experiência histórica, de que não basta a garantia formal da liberdade onde pessoas, grupos humanos, populações numerosas, sofrem profundas discriminações e não têm

possibilidade de acesso aos benefícios proporcionados pelas criações da inteligência humana e pela dinâmica da vida social. Por tudo isso, e mais do que antes, o conhecimento do Estado e de seu significado, positivo ou negativo, para a preservação e promoção dos direitos fundamentais da pessoa humana, é indispensável. Na busca desse conhecimento é necessário reconhecer que nenhuma teoria tem valor algum se não servir para a prática. A par disso é preciso ter em conta que o Estado, criação humana e instrumento de seres humanos, não é bom ou mau em si mesmo, mas será aquilo que forem as pessoas que o controlarem.

De acordo com o que Clark (2006) nos relata as reformas na estrutura do Estado brasileiro e as reformulações das políticas públicas econômicas geram efeitos diretos no processo de desenvolvimento urbano. A sucessão histórica de modelos de ação estatal na economia é refletida nos textos constitucionais, os quais, mais do que um modelo de política, representam um modelo (ou paradigma) de Estado. Percebemos assim a relação entre as políticas públicas de alcance local (a exemplo das políticas municipais) e as reestruturações do Estado brasileiro e de suas políticas econômicas de âmbito nacional.

Clark (2006) também nos diz que todas as modificações na concepção teórico-política do Estado, realizadas para garantir a sobrevivência do sistema de produção capitalista, tiveram reflexo direto na estrutura estatal constitucionalizada; quer dizer, à medida que o ambiente econômico exigiu alterações no modo de agir estatal, modificaram-se os textos constitucionais com novos institutos, novos direitos e nova estrutura administrativa.

O Estado Democrático de Direito brasileiro, com suas políticas econômicas neoliberais de regulação, permite que a Petrobrás, o Banco do Brasil, o BNDES e o Banco Central, bem como políticas sociais como “bolsa-família” e “fome zero” convivam com programas de desestatização, e a criação das Agências de Regulação. Ao mesmo tempo que há grande abertura para o capital estrangeiro (com a revogação do Art. 171 da CF/88), reafirmam-se os direitos coletivos (como os do Consumidor e de preservação do Meio Ambiente) e permanecem intactos os artigos da Constituição que tratam de planejamento e da função social da propriedade. Logo, devemos entender o

Estado brasileiro, sim, como neoliberal, mas em sentido diverso do comumente divulgado.

A economia brasileira acatou as recomendações do Consenso de Washington, mas não de maneira absoluta; a Reforma do Estado extinguiu monopólios e privatizou, mas sem a retração do aparelho estatal a ponto de se falar que ressurgiu o Estado mínimo. O Estado brasileiro é um Estado regulador.

Segundo nos afirma Araújo (2000) nossa herança recente, em políticas públicas, é o período que vai dos anos 30 até hoje, quando o Brasil passa por uma transformação muito grande. Nos anos 20, era um país rural e agrícola. O censo de 1920 revelava que 30% da população brasileira vivia nas cidades e 70%, no campo. Cinquenta anos depois, ocorria o inverso 70% nas cidades e 30% no campo. Até 1930, a economia do Brasil era uma economia agrícola. Em 1980, o Brasil era o oitavo PIB industrial do mundo. Depois dos sete grandes, o oitavo era o Brasil. Isto nos dá uma ideia da mudança de perfil na sociedade e na economia em meio século. O que alguns países levaram séculos para fazer, o Brasil fez em cinquenta, sessenta anos. Transformou-se numa potência industrial média, com a maior parcela da sua gente morando nas cidades. Este é o perfil atual do Brasil. Essencialmente, o que caracterizava o Estado brasileiro nesse período (1920-1980) era seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Não há outro país com o mesmo perfil do Brasil. Conseguiu percorrer essa trajetória econômica, que é exitosa do ponto de vista de seus objetivos, mas é único quanto à distribuição de renda: 20% dos mais pobres detêm, apenas, 2% da renda nacional, enquanto os 10% mais ricos detêm quase 50% dessa renda.

Araújo (2000) afirma, ainda, que existe uma proposta de reforma do Estado na sociedade brasileira! E não é a proposta neoliberal. É outra. Existe uma proposta de descentralização! Na prática, a sociedade brasileira está realizando a descentralização. Sempre que se diz concentrar, centralizar de novo, dizemos não! Há uma decisão, no seio da sociedade brasileira, que rejeita a centralização. Sabemos que centralizar não dá certo no Brasil. Estamos operando a descentralização. Estamos ocupando os espaços da descentralização.

Existe um espaço a favor da democratização do Estado brasileiro! Estamos, de muitas formas, dizendo não àquele Estado fechado, submetido somente aos

lobbies. Há que existir um amplo espaço para disputarmos as decisões e a implementação das políticas públicas necessárias. Sente-se uma força na sociedade brasileira tentando instaurar o espaço da descentralização. Existe uma decisão a favor das políticas sociais! Reformar aquele Estado desenvolvimentista, que só patrocinava o crescimento da economia, e abrir espaço para um Estado que patrocine saúde, patrocine saneamento, patrocine educação, patrocine segurança. Um Estado com políticas sociais. Existe uma proposta a favor do Estado transformador! O papel regulador do Estado pode e deve ser ampliado. Com um Estado regulador pode-se discutir.

Oliveira (1989) afirma que: ao assentar-se num modelo extremamente concentrador e excludente, o desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil trouxe, como consequência mais nefasta, uma crescente pauperização da população. Em outras palavras, a evolução do capitalismo brasileiro alijou dos frutos do desenvolvimento econômico uma parcela significativa da população, excluindo-a do consumo das "necessidades" I mercadorias por ele mesmo criadas.

Continuando Oliveira (1989) nos relata que a concepção da pobreza como fruto do atraso econômico, isto é, do subdesenvolvimento, tendo como paradigma as nações "centrais" - e não como resultado da própria organização da produção - justificava toda ênfase no desenvolvimento econômico. Desta forma, colocando a pobreza na dependência do crescimento econômico e dando prioridade a um processo de industrialização rápida, o desenvolvimento brasileiro terminou por gerar o crescimento econômico concomitantemente com o crescimento da miséria. Ao relegar a segundo plano o tratamento reservado às questões sociais, o estado social do país foi progressivamente se deteriorando.

Como, então, resgatar a dívida social do Brasil?

Através das Políticas públicas, que são conjuntos de programas, ações e atividades desenvolvidas pelo Estado diretamente ou indiretamente, com a participação de entes públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico. As políticas públicas correspondem a direitos assegurados constitucionalmente ou que se afirmam graças ao reconhecimento por parte da

sociedade e/ou pelos poderes públicos enquanto novos direitos das pessoas, comunidades, coisas ou outros bens materiais ou imateriais.

A água é concebida na Carta da República como bem de uso comum. Para proteger este bem e regulamentar seu uso múltiplo foi instituída a Política Nacional de Recursos Hídrico mediante a Lei Federal nº 9.433.

As políticas públicas podem ser formuladas principalmente por iniciativa dos poderes executivo, ou legislativo, separada ou conjuntamente, a partir de demandas e propostas da sociedade, em seus diversos segmentos.

A participação da sociedade na formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas em alguns casos é assegurada na própria lei que as institui.

Assim, no caso da Educação e da Saúde, a sociedade participa ativamente mediante os Conselhos em nível municipal, estadual e nacional. Audiências públicas, encontros e conferências setoriais são também instrumentos que vem se afirmando nos últimos anos como forma de envolver os diversos seguimentos da sociedade em processo de participação e controle social.

As políticas públicas normalmente estão constituídas por instrumentos de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, encadeados de forma integrada e lógica, da seguinte forma:

1. Planos
2. Programas
3. Ações
4. Atividades.

Os planos estabelecem diretrizes, prioridades e objetivos gerais a serem alcançados em períodos relativamente longos. Os programas estabelecem, por sua vez, objetivos gerais e específicos focados em determinado tema, público, conjunto institucional ou área geográfica. Ações visam o alcance de determinado objetivo estabelecido pelo Programa, e a atividade, por sua vez, visa dar concretude à ação.

Secchi (2013) nos ensina que “a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” ou ainda que “ uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público”.

Então, o quadro de desigualdades que se estende desde expectativa de vida até oportunidades de emprego, educação, saúde, etc. agravado por desigualdades regionais, de sexo, raça e extratos ocupacionais, é bastante sério e, portanto, requer políticas públicas, mais precisamente políticas sociais que busquem solucionar ou minimamente reduzir estas desigualdades. A assistência social não estabeleceu um campo específico de atuação e, conseqüentemente, seus programas desenvolveram ações de saúde, nutrição, educação, saneamento, etc.

Oliveira (1989) nos lembra que com o advento da chamada Nova República, os discursos oficiais passaram a afirmar uma nova postura do Estado frente às demandas sociais. A promoção da cidadania plena e, portanto, a democratização da sociedade brasileira requeriam um novo tratamento das necessidades básicas da população. O resgate da dívida social acumulada era imprescindível ao processo de democratização da sociedade brasileira, ou seja, a efetivação da cidadania plena pressupunha a recuperação da situação social extremamente iníqua e caracterizada pela miséria de grande parte da população. Assim, o Estado, em oposição ao regime autoritário, assume formalmente o compromisso de reversão do quadro social.

Conforme nos reporta Oliveira (1989) o nascimento do modo de produção capitalista ao acirrar os conflitos sociais, na medida que sobrevive na contradição básica entre capital e trabalho, impôs ao Estado a regulação das relações sociais de produção. As políticas públicas, portanto, assumiram, desde logo, a conotação de necessidade inerente ao sistema, integrando o movimento histórico do capital.

1.2 Cenário Atual do Saneamento Básico no Brasil

A situação atual dos serviços de saneamento no Brasil mostra que a universalização destes serviços deve ser encarada como prioritária para o desenvolvimento do país. A ausência de investimentos em itens tão fundamentais como os serviços de saneamento tem impactos sobre a saúde da população e o meio ambiente. Vejamos os dados do Atlas de Saneamento 2011 do IBGE baseado em dados coletados em 2008.

Quase 1/4 (23%) dos municípios brasileiros foi afetado pelo racionamento de água. Um dado que chama a atenção é o número de casos registrados na região Norte, onde 43 municípios sofreram com racionamento de água (IBGE, 2008).

Outro problema identificado pela pesquisa diz respeito à quantidade de água desperdiçada no país em função de vazamentos, especialmente nas grandes cidades, que pode chegar a 50% de perda (IBGE, 2008).

Sem falar que, em 2008, dos 5.564 municípios brasileiros, 33 ainda não possuíam serviço de abastecimento de água (11 deles ficam no estado da Paraíba) o que denota as diferenças regionais que precisam ser diminuídas (IBGE, 2008).

A rede de coleta de esgoto melhorou em áreas urbanas, especialmente no litoral e nas áreas de influência imediata das capitais estaduais, além das cidades médias. No entanto, uma grande área do território nacional teve baixo registro de melhorias e ampliações no sistema. De acordo com a pesquisa, em 2008, menos da metade dos domicílios do país tinha acesso à rede de esgoto (45,87%). As desigualdades entre as regiões são significativas. Enquanto no sudeste, 69,8% das casas possuem acesso ao esgotamento sanitário, na região norte, o serviço atende apenas 3,5% dos domicílios (IBGE, 2008).

O Instituto Trata Brasil disponibiliza os números mais importantes do saneamento no Brasil, provenientes do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento 2010 (SNIS), OMS/Unicef e outras instituições. Vejamos alguns números referentes à situação do saneamento básico, hoje, em nosso país para que possamos refletir sobre este retrato de nossa realidade:

- Abastecimento com água potável: quando consideradas as áreas urbanas e rurais do país, a distribuição de água atinge apenas 81,1% da população. Temos, portanto, quase 20% da população sem acesso a água potável.
- O atendimento em coleta de esgotos: chega a 46,2% da população brasileira mas, do esgoto gerado, apenas 37,9% recebem algum tipo de tratamento. A região com maior índice de esgoto tratado é a Centro-Oeste, com 43,1%. Menos da metade da população brasileira tem acesso à coleta de esgotos e nem 40% desta metade tem seu esgoto tratado e o restante vai poluir rios, poços e demais mananciais. Um verdadeiro atentado ao meio ambiente.
- Crescimento das ligações: entre 2009 e 2010, houve um crescimento de 2,2 milhões de ramais de água e de 2,4 milhões de ramais de esgotos no país. Números muito aquém do desejado e longe do necessário para a universalização ser alcançada.
- O consumo de água por habitante no Brasil apresentou crescimento de 7,1% em 2010 com relação a 2009: o consumo diário por habitante alcançou os 159 litros.

A região com menor consumo é a Nordeste, com 117 litros por habitante por dia; já a região com maior consumo é a região Sudeste, com 186 litros por habitante por dia. Mais uma vez as diferenças regionais aparecem para nos mostrar os brasis existentes.

- Perda de água: a média de perdas de água (faturamento) diminuiu 1,2 pontos percentuais em 2010 em relação a 2009, atingindo 35,9%. Muito alta ainda.
- Receitas totais geradas pelos serviços de água e esgotos: alcançaram os R\$ 70,5 bilhões em 2010. Quanto é reinvestido no setor?
- Investimentos: em 2010 os investimentos do governo em água e esgotos atingiram R\$ 8,9 bilhões.
- Postos de trabalho: em 2010 o setor de saneamento criou 64 mil novos postos de trabalho, atingindo um total de 671 mil empregos diretos e indiretos criados pelo setor. Isso mostra que o setor pode contribuir para a redução de desemprego.
- Segundo a Organização Mundial da Saúde, cada R\$ 1,00 investido em saneamento gera economia de R\$ 4,00 na área de saúde (OMS, 2010). Mesmo conhecendo esta proporção ainda não se trabalha levando estes números em consideração.
- O Brasil é o 9º colocado no *ranking* mundial “da vergonha” com 13 milhões de habitantes sem acesso a banheiro. Não ter acesso a banheiro é realmente uma condição que mostra o grau de qualidade de vida desta população.
- Nas 100 maiores cidades do Brasil, municípios tratados no Ranking do Saneamento, base SNIS 2010, vivem 77 milhões de habitantes, ou seja, 40% da população brasileira.
- Dos 77 milhões, em 2010 pouco mais de 90% da população tinha acesso à água potável, então quase 7 milhões de habitantes ainda não tinham acesso. 31 milhões não tinham acesso à coleta de esgotos em 2010. A tão propalada cidadania do brasileiro onde fica?
- Do volume de esgoto gerado nessas 100 cidades somente 36,28% é tratado, ou seja, são quase 8 bilhões de litros de esgoto lançados todos os dias nas águas brasileiras sem nenhum tratamento. O descaso com o meio ambiente e com a saúde da população fica patente com esses dados.
- Apenas 20 das 100 cidades analisadas ofereciam água tratada a 100% de sua população E as outras 80 quando será que terão este privilégio?

- 34 das 100 cidades possuíam índice de coleta de esgoto superior a 80% da população e apenas 5 delas atendiam a 100%: Belo Horizonte, Santos, Jundiaí, Piracicaba e Franca. A universalização está longe de ser alcançada.
- Só 6 municípios possuíam índice de tratamento de esgoto superior a 80%. Sorocaba, Niterói, São José do Rio Preto, Jundiaí, Curitiba e Maringá.
- Os 100 municípios investiram em melhorias no saneamento em média 28% da receita com esses serviços. Apenas 8 municípios investiram acima de 80% na ampliação e melhorias do sistema de água e esgotos - Ribeirão das Neves (MG), Recife (PE), Teresina (PI), Praia Grande (SP) e Vitória (ES).
- A média de perdas de água para os 100 municípios foi de 40,46%, pior, portanto que a média nacional que foi de 36% em 2010. Parece-nos que quanto maior a cidade maior a perda (SNIS, 2010).

As políticas públicas de saneamento básico, sobretudo as voltadas à implantação e ampliação de redes coletoras de esgotos, não conseguiram, na última década, acompanhar o crescimento demográfico da população brasileira nas áreas urbanas. A falta de sistemas de esgotamento sanitário atinge quase metade (44,8%) dos municípios brasileiros. A Região Norte é a que apresenta a situação mais grave. Apenas 3,5% dos domicílios de 13% dos municípios da região têm acesso à rede coletora de esgoto (IBGE, 2008).

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB 2008) aponta que, dos serviços de saneamento (abastecimento de água, esgotamento sanitário, drenagem urbana e resíduos sólidos), o esgotamento sanitário é o que apresenta menor abrangência municipal. Em 2008, 68,8% do esgoto coletado no país receberam tratamento. Esse percentual, porém, foi processado por apenas 28,5% dos municípios brasileiros, confirmando acentuadas diferenças regionais (IBGE, 2008).

A maioria dos municípios sem sistema de saneamento básico está em áreas rurais e tem população dispersa, menos de 80 habitantes por quilômetro quadrado. Nesses locais, os dejetos são jogados em fossas sépticas, valas a céu aberto, fossas rudimentares ou diretamente em rios, lagoas, riachos ou no mar. Isto mostra que a existência de instrumento regulador do sistema de esgotamento sanitário ainda é incipiente em todas as regiões brasileiras. No Sudeste, apenas 30% dos seus municípios dispõem de leis para regular a questão do saneamento. No Norte, o percentual cai para menos de 5%.

Como consequência dos problemas de saneamento, o número de internações por doenças como diarreia, leptospirose e hepatites virais foi alto, chegando a 309 para cada 100 mil habitantes em 2008, no Brasil.

Outro indicador preocupante é o índice de perdas, pois de acordo com dados do Atlas do Saneamento 2011, seis em cada dez municípios com mais de 100 mil habitantes apresentam perdas entre 20% e 50% do volume de água captada, o que significa um desperdício de até metade da água existente, mesmo na situação de escassez em que estamos. Nas cidades com população inferior a 100 mil habitantes a perda fica em torno de 20% (IBGE, 2008).

1.3 Saneamento Básico no Ceará: o Panorama Local

Vejamos um pouco da história do saneamento básico do Ceará que se confunde com a própria história da Cagece (disponível em [www,Cagece.com,br](http://www.Cagece.com.br)):

Fortaleza teve seu primeiro sistema de abastecimento de água inaugurado em 29 de setembro de 1866, utilizando as fontes do Sítio Benfica. Já no século XX, ao final dos anos 60, o Ceará contava com 89 sistemas de abastecimento de água: 25 operados pela FSesp, 32 pela Caene, 18 por prefeituras municipais, 9 pelo Dnocs e o de Fortaleza pela Saagec, que administrava também a pequena rede de esgoto existente.

O 1º sistema de esgoto da capital foi projetado por João Felipe em 1911 e começou a funcionar em 1927. Cobria o pequeno centro da cidade. Em 1956, tinha um emissário de 600 m de extensão e uma estação elevatória na praça do Passeio Público.

Em 1966, Fortaleza contava com 39 mil metros de rede coletora de esgoto cobrindo 5,7% da população. Em 1971, a malha atingiu 53 mil metros beneficiando 8% dos fortalezenses. No período, apenas 54,8% de Fortaleza era abastecida.

Foi criada então, sob a forma de Empresa de Economia Mista, a Companhia de Água e Esgoto do Ceará – Cagece, por meio da Lei nº 9.499, de 20 de julho de 1971. De 1977 a 1978, a companhia construiu o emissário submarino de Fortaleza e em 1981, o sistema Pacoti-Riachão-Gavião, com capacidade para armazenar 511 milhões de metros cúbicos de água. No mesmo ano, a rede coletora de esgoto

chegava a 460km, atendendo a 18% da população(disponível em www.cagece.com.br).

Em 1992, a Cagece construiu o açude Pacajus e evitou o colapso no abastecimento de Fortaleza com a execução do Canal do Trabalhador. A medida garantiu uma reserva de 750 milhões de metros cúbicos de água para Região Metropolitana de Fortaleza. Outras ações foram acontecendo, como a construção do Sistema de Tratamento de Esgoto do Distrito Industrial de Fortaleza, em Maracanaú, que hoje atende a 87 indústrias e 100 mil pessoas residentes na cidade.

O período de 1996 a 1998 ficou marcado pela execução do Sanear I, que elevou o atendimento com serviços de esgotamento sanitário de 18% para 60%, possibilitou a instalação de 150 mil hidrômetros em Fortaleza e a construção da Estação de Pré-condicionamento de Esgoto (EPC), automatizada e com capacidade para tratar 4,5 m³/s de esgoto.

Na década de 1990 os macrossistemas de distribuição de água de Fortaleza e da região da Ibiapaba foram automatizados (operados através de computador), possibilitando a identificação de qualquer ocorrência em tempo real. Foi implantado, também, o sistema de leitura e faturamento imediato, que deu oportunidade ao cliente de conferir sua conta ao recebê-la.

A Cagece levou água tratada ao homem do campo, através do Programa KFW I , beneficiando 120 mil habitantes da zona Norte do Estado, sendo 63 localidades com água tratada e 22 com esgoto. Foi criado o primeiro Sistema Integrado de Saneamento Rural (Sisar).

A companhia cearense destacou-se, pelo menor índice de perda de faturamento na região Nordeste, 32,1%, enquanto a média de perda nacional chegava a 45%. No item esgotamento sanitário, a Cagece liderou as empresas do Nordeste com índice de atendimento de 26,5%, colocando-se entre as três melhores do Brasil em termos de tratamento de esgoto, por ser uma das únicas a tratar 100% dos dejetos coletados.

A Estação de Pré-condicionamento de Esgoto(EPC) foi dotada de uma Estação de Tratamento de Odores (ETO), para confinar os gases exalados pela unidade, lavá-los e desinfectá-los antes de serem lançados na atmosfera. A medida reduziu em 90% o mau cheiro provocado no tratamento dos dejetos.

O período marcou, também, o início de programas importantes como o São José e o Alvorada, que levaram saúde a moradores de pequenas comunidades com

baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), através da implantação de sistemas de abastecimento de água, coleta de esgoto e unidades sanitárias. Além da construção do sistema de esgotamento sanitário do Conjunto José Walter; ampliação dos filtros da Estação de Tratamento de Água do Gavião (ETA) que elevou a produção de água da Região Metropolitana de Fortaleza, de 4.9 mil litros por segundo para 6.0 mil l/s, e a construção da fábrica de cloro no sistema de tratamento de água de Maranguape.

Nesse sentido, uma das prioridades da empresa, foi a universalização dos serviços de água e esgoto sanitário, com uma meta audaciosa, cujo objetivo foi o atendimento a 100% das sedes municipais com abastecimento de água e 50% com a coleta de esgoto.

O período de 2003 a março de 2005, contemplou diversas ações importantes, dentre as quais destacaram-se: a renovação da concessão de Fortaleza por mais 30 anos; a implantação do Centro de Contato 0800-850195 e ampliação do *call center* para mais 10 cidades interioranas, bem como a criação da Ouvidoria da Empresa; implantação da conta em Braille, sendo pioneira no Estado em termos de leitura em código de barras.

No final de dezembro de 2004, a empresa executou melhorias na Estação de Tratamento de Água do Gavião, incluindo a proteção do sistema adutor Gavião-Ancuri e a colocação de duas bombas de alto rendimento, gerando um aumento de 200 litros por segundo de água e mais 150 litros por segundo, em março de 2005, na vazão da água distribuída a Região Metropolitana de Fortaleza. A iniciativa ampliou a produção de água tratada da ETA-Gavião para seis mil e novecentos litros por segundo.

Em 2005, foram autorizadas as obras de ampliação da Estação de Tratamento do Gavião cuja vazão passou de 6 mil e 900 litros por segundo (l/s) de água para 8 mil e 300 l/s. A unidade ganhou dois novos filtros. Foram duplicados a adutora Gavião- Ancuri e o reservatório elevado do Ancuri, de onde desce a água tratada para distribuição à grande Fortaleza.

Nesse mesmo ano foi modernizado o macrossistema de Fortaleza com a montagem de duas válvulas automatizadas (1.200 mm de diâmetro) na unidade remota (4), que regula as pressões da água distribuída às zonas leste e oeste de Fortaleza. A medida incrementou o macrossistema de Fortaleza controlado por computadores, através de sensores inteligentes, que acusa em tempo real quaisquer ocorrências no sistema de abastecimento da Capital, inclusive, o residual de cloro.

A Cagece em 2008 levava água tratada a 251 localidades de 149 municípios do Ceará, garantindo saúde e qualidade de vida a 4,52 milhões de cearenses e beneficiou 1,66 milhões com serviços de coleta de esgoto. Foram 9.784.785 metros de rede de distribuição de água e 3.750.99 m de rede coletora de esgoto em todo o estado. Cerca de 1.256.645 ligações de água e 338.252 ligações de esgoto beneficiando os cearenses. O índice de cobertura com abastecimento de água era de 96,91% no estado e 97,80% em Fortaleza. Enquanto a cobertura de esgoto na Capital era de 50,56% e 35,74% no Estado.

Já em 2010, além de grandes investimentos na ampliação das redes de esgoto, como o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), a Companhia de Água e Esgoto do Estado do Ceará (Cagece) foi eleita a quarta melhor empresa de saneamento do Brasil e a primeira do Nordeste, apontada pelo Instituto Trata Brasil.

A cobertura de esgoto no Ceará cresceu de 35,85% em dezembro de 2009 para 37,23% no final de 2010. Atualmente, 1.897.270 cearenses estão ligados à rede de esgotamento sanitário da Companhia. O acesso à água também aumentou neste ano, passando de 97,26% para 97,59% e a Cagece é atualmente uma referência nacional no segmento de saneamento básico.(disponível em [www, Cagece ,com, br](http://www.cagece.com.br))

Hoje, a Cagece atua em 150 dos 184 municípios do estado do Ceará, com índice de cobertura de abastecimento de água de 96,98%, o que significa cinco milhões de cearenses com acesso à água tratada. Na capital, o índice de cobertura é de 98,29% enquanto que no interior é de 97,02%.

Quanto ao esgotamento sanitário, a deficiência é imensa, o índice de cobertura do sistema de esgotamento sanitário chega a 37,23% em todo o estado, sendo que apenas 22,76% do interior têm este serviço enquanto na capital 53,60% têm acesso a este serviço essencial.

Para Galvão Junior (2009), os desafios para que se concretize a universalização do saneamento básico até 2020 no Brasil são, em primeiro lugar, o montante de recursos necessários da ordem de R\$ 178 bilhões; em segundo lugar, as questões institucionais que dificultam a ampliação dos índices de cobertura, inibindo os investimentos tanto no tocante à expansão quanto à manutenção de infraestrutura sanitária. Entre as questões institucionais, o autor destaca a transparência dos mecanismos de políticas públicas, a titularidade e a regulação dos serviços.

A Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007, torna obrigatória a atividade da regulação, portanto, espera-se que a regulação, em sendo obrigatória para a validade dos contratos, incentive a melhoria de eficiência dos prestadores de serviços, a transparência dos mecanismos de políticas públicas e o atendimento de metas de universalização, que deverão ser previstas nos marcos regulatórios subnacionais.

Segundo a Coordenação de Saneamento Básico da Arce, existem, hoje, no Estado do Ceará cerca de 170 mil unidades residenciais que estão dentro da área de cobertura da rede de esgotos hoje existente mas, por razões diversas, não estão conectadas a esta rede.

Isto significa dizer que de 850 mil a um milhão de pessoas têm a rede de esgotos passando em sua porta, sem usufruir das vantagens proporcionadas pela existência de um sistema de esgotamento sanitário.

É bom lembrar que o investimento já foi realizado, o dinheiro desembolsado, mas as ligações não foram realizadas.

Por quais razões, então, esta rede se encontra ociosa?

A falta de capacidade de pagamento por parte da população aparece em primeiro lugar na lista de justificativas pela não conexão das residências à rede de esgotamento sanitário existente. A interligação à rede onera a fatura do usuário de duas maneiras; primeiro, pelo pagamento da taxa de ligação e, depois, pelo adicional de 80% ao valor da fatura da água.

No Cariri, por exemplo, há a cultura de não pagar o esgoto e esta cultura é defendida como bandeira eleitoral, por muitos políticos da região tanto situacionistas como opositoristas.

Diz-se também que mesmo em nível nacional, o setor não sabe “vender” o produto esgoto, ao mesmo tempo em que a população, por ignorância e desconhecimento, não valoriza o tratamento de esgoto.

Por sua vez o Poder Público Municipal não compreende suas responsabilidades nas áreas de saneamento e meio ambiente nem utiliza o poder de polícia para obrigar os munícipes a se conectarem ao sistema.

Esta situação se repete em diversos municípios do estado e cria um “círculo vicioso” na Cagece, entre a resistência ao pagamento pelo serviço e as críticas à qualidade do atendimento, desestimulando, assim, a operação e manutenção

adequada da infraestrutura de esgotamento sanitário. Portanto, não há incentivos para que se invista em sistemas de esgotamento sanitário no interior do estado do Ceará.

Quais seriam então as sugestões de solução para a ociosidade dos sistemas de esgotamento sanitário no estado do Ceará? A Coordenação de Saneamento Básico da Arce sugere atuar em duas linhas; primeiro, através de promoção de ações coordenadas entre MP, Cagece, Prefeituras Municipais, Arce, Semace, Conpan, Scidades, Câmaras de Vereadores, Instituto Trata Brasil etc, buscando, dentro do âmbito de suas competências, atuar para conscientizar a população para a importância dos serviços, em um primeiro momento, e, posteriormente, obrigá-la a interligar-se aos serviços; segundo, atuando junto ao governo estadual para que promova a construção de uma política estadual, que trate de forma direta a questão dos subsídios aos usuários dos serviços de esgotamento sanitário, sem a qual, não será alcançada a universalização desses serviços no estado do Ceará.

Para nós, o problema é de educação, de formação e de berço; herdamos o descaso com a saúde, o meio ambiente e culpamos o governo e não cobramos deste mesmo governo ações que solucionem o problema.

1.4 O Marco Regulador (Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007) como Indutor para o Alcance da Universalização do Acesso ao Saneamento Básico

A Constituição Federal de 1988, a Lei nº 11.445/2007 e o Decreto nº 7217/2010 que regulamenta esta lei indicam a universalização dos serviços públicos como direito dos cidadãos, porém, o acesso a esses serviços, que deveriam ser disponíveis a todos os cidadãos, de fato não acontece. O que se vê são obras beneficiando os cidadãos de maior poder aquisitivo, enquanto é esquecida, embora impactada diretamente, a população carente, que continua sem acesso ao saneamento básico, sendo as crianças as principais vítimas (atingidas por diarreias, doenças parasitológicas e outras que se proliferam em áreas sem saneamento adequado), ampliando o desequilíbrio e as desigualdades sociais, além de entravar o desenvolvimento econômico e as mudanças sociais. Somente por meio de programas como a universalização dos acessos ao saneamento básico, consegue-se reduzir desequilíbrios, desigualdades sociais e também contribuir, com geração de emprego e renda para o desenvolvimento econômico das regiões beneficiadas e para a efetivação

de mudanças sociais, alterando de vez o perfil destes municípios pois segundo pesquisa publicada pelo Instituto Trata Brasil (2008,) cada 1 milhão investido em obras de esgotamento sanitário gera 30 empregos diretos e 20 indiretos, além dos permanentes, quando o sistema entra em operação. Com o investimento de R\$ 11 bilhões por ano, reivindicado pelo setor de saneamento, calcula-se que sejam gerados 550 mil novos empregos no mesmo período.

Somente em 5 de janeiro de 2007, foi promulgada a Lei nº 11.445/2007 que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico, e o Decreto nº 7.217, que a regulamenta é de 21 de junho de 2010. Entre os princípios desta lei destaca-se a universalização, conceituada como a ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico.

Além da universalização do acesso (artigo 2º, § I), a Lei nº 11.445/2007 cita, dentre seus princípios fundamentais, a articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de grande interesse social, voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator relevante (artigo 2º, § VI) e o controle social (artigo 2º, § X), definido como “conjunto de mecanismos e procedimentos que garantem à sociedade informações, representações técnicas e participações nos processos de formulação de políticas, de planejamento e de avaliação relacionados aos serviços públicos de saneamento básico” (Brasil. Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007).

No capítulo II, sobre “Exercício da Titularidade”, o artigo 9º, estabelece que:

“o titular dos serviços formulará a respectiva política de saneamento básico, devendo, para tanto: I) elaborar os planos de saneamento básico, nos termos desta Lei; II) prestar diretamente ou autorizar a delegação dos serviços e definir o ente responsável pela sua regulação e fiscalização, bem como os procedimentos de sua atuação”.

A Lei nº 11.445/2007 dedica um capítulo inteiro à regulação, no qual define princípios (artigo 21), objetivos (artigo 22), normatização (artigo 23), e, enfoca ainda no capítulo V (artigo 24), a regionalização dos serviços e a gestão associada, estabelecendo em seu artigo 25, as obrigações das prestadoras de serviços públicos de saneamento básico frente aos direitos dos usuários destes serviços.

A Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará (Arce) é uma autarquia especial, dotada de autonomia orçamentária, financeira,

funcional e administrativa. Foi criada em 30 de dezembro de 1997, por meio da Lei Estadual nº 12.786.

O poder regulador da Arce é exercido com a finalidade última de atender o interesse público, mediante normatização, planejamento, acompanhamento, controle e fiscalização das concessões e permissões submetidas à sua competência, promovendo e zelando pela eficiência econômica e técnica dos serviços públicos e propiciando aos seus usuários as condições de regularidade, continuidade, segurança, atualidade, modicidade tarifária e universalidade.

A Arce exerce a regulação dos serviços públicos prestados pela Coelce (Companhia Energética do Ceará), Cagece (Companhia de Água e Esgoto do Ceará), Cegás (Companhia de Gás do Ceará) e pelo Sistema de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros. A Arce também atua na mediação dos possíveis conflitos existentes entre as prestadoras dos serviços e os usuários, visando o equilíbrio entre as partes.

A Arce, segundo o artigo 5º da Lei nº 12.786 de 30 de dezembro de 1997 tem por objetivos fundamentais: promover e zelar pela eficiência econômica e técnica dos serviços públicos delegados, submetidos à sua competência regulatória, propiciando condições de regularidade, continuidade, segurança, atualidade, universalidade e modicidade das tarifas; proteger os usuários contra o abuso do poder econômico que vise à dominação dos mercados, à eliminação da concorrência e ao aumento arbitrário dos lucros; fixar regras procedimentais claras, inclusive em relação ao estabelecimento, revisão, ajuste e aprovação de tarifas, que permitam a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro dos contratos de concessões e termos de permissões de serviços públicos; atender, por meio das entidades reguladas, às solicitações razoáveis de serviços necessárias à satisfação das necessidades dos usuários; promover a estabilidade nas relações entre o poder concedente, entidades reguladas e usuários; estimular a expansão e a modernização dos serviços delegados, de modo a buscar a sua universalização e a melhoria dos padrões de qualidade, ressalvada a competência do Estado quanto à definição das políticas de investimento; estimular a livre, ampla e justa competição entre as entidades reguladas, bem como corrigir os efeitos da competição imperfeita (CEARA. Lei nº 12.786 de 30 de dezembro de 1997, p.2).

A Lei nº 11.445/2007 estabelece também no seu capítulo VIII, como deve ser a participação de órgãos colegiados no controle social, enquanto que as diretrizes para o estabelecimento da política federal de saneamento básico estão contidas no capítulo IX da lei em questão.

1.5 O Planejamento no Contexto Legal e sua Importância para a Universalização dos Serviços

A Lei nº 11.445/2007 estabelece em seu artigo 19, que trata do planejamento, que deverá existir um plano para orientar a prestação de serviços públicos de saneamento básico, para a universalização dos serviços: conteúdo mínimo do plano, características gerais, condições de acesso a recursos financeiros da União.

O Plano Municipal de Saneamento Básico é o instrumento de gestão e controle de todo o planejamento elaborado para o município e está consubstanciado no artigo 19 da Lei nº 11.445 de 5 janeiro de 2007 que é transcrito abaixo:

Art. 19. A prestação de serviços públicos de saneamento básico observará plano, que poderá ser específico para cada serviço, o qual abrangerá, no mínimo:

I - diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida, utilizando sistema de indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos e apontando as causas das deficiências detectadas;

II - objetivos e metas de curto, médio e longo prazo para a universalização, admitidas soluções graduais e progressivas, observando a compatibilidade com os demais planos setoriais;

III - programas, projetos e ações necessárias para atingir os objetivos e as metas, de modo compatível com os respectivos planos plurianuais e com outros planos governamentais correlatos, identificando possíveis fontes de financiamento;

IV - ações para emergências e contingências;

V - mecanismos e procedimentos para a avaliação sistemática da eficiência e eficácia das ações programadas.

§ 1º Os planos de saneamento básico serão editados pelos titulares, podendo ser elaborados com base em estudos fornecidos pelos prestadores de cada serviço.

§ 2º A consolidação e compatibilização dos planos específicos de cada serviço serão efetuadas pelos respectivos titulares.

§ 3º Os planos de saneamento básico deverão ser compatíveis com os planos das bacias hidrográficas em que estiverem inseridos.

§ 4º Os planos de saneamento básico serão revistos periodicamente, em prazo não superior a 4 (quatro) anos, anteriormente à elaboração do Plano Plurianual.

§ 5º Será assegurada ampla divulgação das propostas dos planos de saneamento básico e dos estudos que as fundamentem, inclusive com a realização de audiências ou consultas públicas.

§ 6º A delegação de serviço de saneamento básico não dispensa o cumprimento pelo prestador do respectivo plano de saneamento básico em vigor à época da delegação.

§ 7º Quando envolverem serviços regionalizados, os planos de saneamento básico devem ser editados em conformidade com o estabelecido no artigo. 14 desta Lei.

§ 8º Exceto quando regional, o plano de saneamento básico deverá englobar integralmente o território do ente da Federação que o elaborou.

Parágrafo único. Incumbe à entidade reguladora e fiscalizadora dos serviços a verificação do cumprimento dos planos de saneamento por parte dos prestadores de serviços, na forma das disposições legais, regulamentares e contratuais (BRASIL. Lei nº 11.445 de 5 janeiro de 2007. p. 4).

Para o real alcance dos objetivos da política de saneamento básico, a definição de universalização deve conter, além de metas quantitativas e objetivos, os

aspectos qualitativos para atingir sustentabilidade, intersectorialidade, integralidade, continuidade e equidade territorial (SOUSA JÚNIOR; SILVA, 2009).

Dessa forma, o acesso universal aos serviços de saneamento básico deve ser garantido, independente da capacidade de pagamento, colaborando para a superação das variadas formas de desigualdades sociais e regionais, principalmente as desigualdades étnico-raciais e de gênero (SOUSA JÚNIOR; SILVA, 2009).

A Organização das Nações Unidas (ONU) determinou como uma de suas metas, até 2015, a diminuição pela metade, do quantitativo da população existente sem acesso permanente à água potável e ao saneamento básico (ONU, 2005).

De acordo com documento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 2,6 bilhões de pessoas (cerca de 40% da população mundial) não têm acesso a instalações sanitárias adequadas. Ainda de acordo com esse documento, intitulado de “Progressos sobre Saneamento e Água Potável 2010”, grande parte das pessoas sem acesso a água potável e saneamento vive no campo. A cada ano que passa, cerca de 1,5 milhão de crianças com menos de cinco anos de idade morre pela falta de higiene e acesso a água (OMS, 2010).

Vários são os elementos responsáveis pelo *deficit* dos serviços de água e esgoto no país. Dentre esses elementos, podem ser citadas a fragmentação de políticas públicas e a pequena quantidade de instrumentos de regulação e regulamentação (HELLER; NASCIMENTO, 2005).

Diante do exposto, pretendemos analisar por meio de estudo de caso as condições existentes e os requisitos necessários aos municípios, particularmente os de pequeno porte, para que os planos possam vir a ser tomados como instrumentos viabilizadores dessa universalização.

Este esforço investigativo visa, fundamentalmente, avaliar em que medida os PMSBs poderão efetivamente responder pela garantia da universalização do saneamento básico em municípios cearenses com população inferior a 20 mil habitantes, dado que esses apresentam baixos índices de desenvolvimento (IDHs) e limitada capacidade técnica para garantir a execução do que está proposto no plano, pondo em xeque a viabilidade da política nos moldes em que se apresenta desenhada.

Nesse contexto, temos ainda o objetivo de:

1. Analisar a política de universalização do saneamento básico, tendo como referente o plano municipal de saneamento básico;

2. Identificar fatores que contribuam e fatores que dificultem a sustentabilidade da política pública de universalização do saneamento básico baseado nos planos municipais de saneamento básico (PMSBs);

3. Identificar os problemas que surgiram no decorrer do processo de elaboração dos planos de saneamento básico, apontando, quando possível, estratégias que possam ser adotadas frente às potenciais dificuldades identificadas;

4. Levantar as deficiências de cada um dos participantes do convênio (Aprece– Arce–Cagece-SCidades) e também dos demais parceiros (Funasa, Conpam, IFCE, SDA, UVC).

2 O PLANO MUNICIPAL DE SANEAMENTO BÁSICO: AS RAZÕES PARA COLOCÁ-LO EM XEQUE

2.1 O Plano Municipal de Saneamento Básico e a Necessidade de sua Avaliação

A nova legislação demanda a elaboração, pelos titulares dos serviços de saneamento, de plano de longo prazo, denominado Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB), o qual deverá abranger os conteúdos mínimos definidos na Lei Federal nº 11.445/2007, devendo ainda estar em consonância com o plano diretor, com os objetivos e as diretrizes do plano plurianual (PPA), com o plano de recursos hídricos, com o plano de recursos sólidos, com a legislação ambiental, legislação de saúde, de educação, e devem estar compatíveis e integrados com todas as demais políticas públicas, planos e disciplinamentos do município relacionados ao gerenciamento do espaço urbano.

O planejamento dos serviços de saneamento básico no âmbito do município, de forma articulada constitui condição essencial para potencializar o impacto dos investimentos a serem realizados de forma a proporcionar a universalização do acesso da população (especialmente a de baixa renda) aos serviços públicos essenciais, os quais têm forte correlação com a salubridade ambiental e, por consequência, com a qualidade de vida.

Nesse sentido, o PMSB tem por objetivo apresentar o diagnóstico setorial, mas, ao mesmo tempo, integrado, de cada um dos componentes dos serviços de saneamento básico (abastecimento de água, esgotamento sanitário, resíduos sólidos e

águas pluviais) na área territorial do município, com ênfase na área urbana, assim determinada por lei, bem como de definir, de forma articulada, as diretrizes, estratégias, metas e programas de investimentos para o setor no horizonte temporal de vinte anos.

O PMSB será quadrienal e aprovado por lei, cujo projeto deverá ser encaminhado à Câmara de Vereadores até o dia 30 de junho do primeiro ano do mandato do prefeito. No projeto deverão constar, obrigatoriamente, a revisão, a atualização e a consolidação do PMSB anteriormente vigente.

Cabe destacar, também, o comando do Decreto nº 7.217 de 21 de junho de 2010, prescrito no parágrafo 4º do artigo 26, que vincula a existência do PMSB, elaborado pelo titular dos serviços, segundo o preconizado na Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007, à condição de município habilitado ao recebimento, a partir de 2014, de recursos orçamentários da União ou de recursos de financiamentos geridos ou administrados por órgão ou entidade da administração pública federal quando destinados a serviços de saneamento básico.

Importa salientar que o crescimento constante da população necessita de um aumento proporcional da produção de espaço com a construção de avenidas, ruas, prédios, casas que, conseqüentemente, torna menor a capacidade de drenagem do solo, além de aumentar a produção de resíduos sólidos e dejetos, que acabam constituindo-se em problemas para a manutenção da qualidade de vida e para o meio ambiente, se não forem tratados adequadamente. Dessa forma, justifica-se a importância das políticas públicas de saneamento e a universalização desses serviços, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida para a população (SILVA *et al.*, 2009).

Torna-se, pois, de extrema importância uma avaliação sistematizada que utilize metodologias e ferramentas que permitam perceber a relação de causa e efeito entre a política e os resultados obtidos, ou seja, faz-se necessário verificar a efetividade da política.

De acordo com Arretche (1998), uma avaliação equivale a um julgamento, a uma aprovação ou desaprovação de uma determinada política, e a grande preocupação é deixar de lado os valores pessoais, e, para isso, é necessário o uso correto dos instrumentos de análise e avaliação.

Para Figueiredo e Figueiredo (1986), a peculiaridade de avaliação de políticas públicas reside na adoção de métodos e técnicas de pesquisa que

possibilitem estabelecer uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y.

Eis por que desejamos avaliar a sustentabilidade da política pública de saneamento básico que atribuiu aos PMSBs a condição privilegiada de instrumento de universalização do saneamento básico. Importa-nos com este empreendimento investigativo conhecer as possibilidades concretas, efetivas de, em municípios com menos de 20 mil habitantes, este instrumento vir a ter a capacidade de assegurar o que se propala na política pública de saneamento básico que é a universalização de acesso a esse bem social.

Neste estudo, tomamos como campo empírico de nossas análises os municípios de Granjeiro e Barreira.

Granjeiro foi escolhido por ser o menor dos municípios dentre os vinte que já estão com seus planos prontos e situar-se na região metropolitana do Cariri, a 460 km de Fortaleza. Antes de sua emancipação era distrito de Caririaçu tendo tido o nome de São Pedro do Cariri e anteriormente de Junco. Sua população era de 4.626 habitantes no senso de 2010 do IBGE e sua população estimada pelo próprio IBGE em 2013 era de 4.569 habitantes. Tem uma área de 100,127 km² e uma densidade demográfica de 49,92 hab/km². Nela estão instalados 7 estabelecimentos de saúde SUS e um hospital. Tem 966 beneficiários da previdência social e 841 beneficiários do Bolsa-Família. Tem também 12 escolas de ensino fundamental com 1232 alunos matriculados e uma escola de ensino médio com 276 alunos matriculados.

Em termos de recursos hídricos tem 9 poços que atendem a 99,68% da população residente na área urbana e possui esgotamento sanitário em 49,45% das residências situadas na área urbana.

O município de Barreira situa-se no maciço de Baturité e sua população era no último senso do IBGE (2010) de 19.574 habitantes. Foi escolhida por estar com quase 20 mil habitantes, ou seja, no limite superior do universo trabalhado e ser de fácil acesso, além de se encontrar a apenas 60 km de Fortaleza.

Suas principais atividades econômicas são produção de farinha de mandioca, extração e beneficiamento do caju, cultura de subsistência (milho, feijão) além da pecuária. Possui 55 mini-fábricas familiares de beneficiamento de castanha de caju, duas madeireiras, cinco indústrias de produtos alimentares, três de produtos minerais não metálicos, uma de serviços de construção, uma metalúrgica e outras

fábricas de vestuários, calçados e artigos de tecido e couro além de uma de bebidas. Seu nome original era Barreira Vermelha e é fruto de uma história real. Originou-se da necessidade da construção de uma barragem que iria beneficiar o consumo de água da vila. Construída com barro vermelho, tornou-se ponto de referência e passou a ser identificada por esse nome.

Barreira tem uma extensão geográfica de 248,805km², com densidade de 79,63 hab/km². Possui 18 estabelecimentos de saúde SUS e um hospital. Tem 22 escolas de ensino fundamental com 4045 alunos matriculados e 2 de ensino médio com 1004 matrículas. Seus recursos hídricos são 1 adutora, 8 dessalinizadores e 94 poços que abastecem 85,68% da população urbana e possui 11,70% de suas residências urbanas com esgotamento sanitário.

Barreira possui 3.927 beneficiários da previdência e 2.856 beneficiários do Bolsa-Família.

2.1.1 O *deficit* de saneamento básico no Brasil

O Brasil, como já foi afirmado, apresenta elevado *deficit* de acesso aos serviços de saneamento básico. Ou seja, a demanda (ou necessidade) por serviços e novos investimentos no setor é bastante elevada. Contudo, a atual estrutura de oferta inviabiliza a retomada dos investimentos. Além disso, um conjunto de fatores restringe ainda mais as possibilidades de investimento: ausência de uma política clara, profunda fragmentação de competências, ausência de uma regulação específica para o setor. Os investimentos em saneamento devem ser realizados e a universalização dos serviços deve ser alcançada, uma vez que uma situação não ideal no setor resulta em externalidades negativas que geram uma série de inconvenientes tanto para a saúde pública como para o meio ambiente, além de dificultarem o combate à pobreza e ao desenvolvimento econômico e social.

O estudo “*Deficit* de acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil”, realizado pelo Ipea (2006), sugere que os problemas de acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil concentram-se, principalmente, nas regiões menos desenvolvidas e nos municípios de menor porte, menor taxa de urbanização, menor renda *per capita* e localizados no interior, assim como nos domicílios de baixa renda e situados na zona rural, além das periferias das grandes cidades.

O acesso aos serviços de saneamento básico no Brasil está intimamente relacionado ao perfil de renda dos consumidores e à existência de economias de escala e de densidade no setor. Dessa forma, pode-se dizer que os investimentos realizados no saneamento básico brasileiro, ao longo do tempo, foram motivados mais pela possibilidade de retorno econômico do que pelo grande retorno social que tais serviços podem gerar. Tal fato é, no mínimo, intrigante, pois grande parte dos investimentos foi – e ainda é – realizada pelo setor público, por serem os municípios inclusive por meio de seus Serviços Autônomos de Água e Esgoto (Saaes) e os estados por meio das companhias estaduais de saneamento, herança do Planasa, que operam os sistemas de saneamento básico no país.

Os serviços de saneamento básico são atualmente prestados em uma diversidade de arranjos institucionais, em que convivem prestadores municipais, estaduais e privados. [...] No abastecimento de água, as empresas estaduais são [atualmente] responsáveis pela prestação dos serviços a aproximadamente três quartos da população urbana; os serviços municipais, 22% e a iniciativa privada a aproximadamente 3%. No esgotamento sanitário, as empresas estaduais operam em cerca de 14% dos Municípios. Os Municípios são responsáveis pela demanda restante, sendo irrelevante a participação da iniciativa privada nestes serviços. [...] A situação atual deriva, em boa parte, do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA). (BRASIL. CNM - Cartilha Saneamento Básico-Panorama do Setor no Brasil.2005, p. 11).

Dessa forma, as características do *deficit* podem ser apontadas como uma forte restrição à expansão dos investimentos, pois as deficiências ocorrem, principalmente, nas localidades em que a provisão dos serviços possui um custo mais elevado – menor escala (menores aglomerações) – e que a capacidade de pagamento pelos serviços (tarifas) é significativamente mais reduzida – é importante ter em mente que a participação das despesas com água e esgoto pesa mais no orçamento doméstico à medida que diminui a renda familiar. Ou seja, é difícil para a população mais pobre pagar as tarifas necessárias para a universalização dos serviços. Tais fatos fazem com que o retorno esperado dos investimentos, pela ótica privada, seja menor, desestimulando sua participação.

A gravidade da situação torna-se ainda mais clara se for levada em conta a grande concentração de municípios de pequeno porte, de baixa taxa de urbanização e de baixa renda *per capita*, assim como de domicílios de pequena renda (até 1 salário mínimo), existentes no Brasil, principalmente em regiões economicamente menos desenvolvidas.

Não parece ser possível alcançar a universalização do acesso simplesmente com uma maior participação privada ou uma maior descentralização das decisões e da provisão dos serviços de saneamento básico – processos incentivados após a extinção do Planasa. Nem nos parece que a solução para um problema dessa magnitude e repercussão possa recair sobre a existência de um plano, ainda que adequado técnica e juridicamente.

Nesse contexto, devem-se buscar fontes alternativas de recursos, públicos ou não, para reduzir o custo dos investimentos ou para possibilitar o pagamento pelos serviços. Outra opção seria o desenho de mecanismos de provisão que possibilitem a geração necessária de escala para a oferta de serviços em localidades que hoje são deficitárias – por exemplo, subsídios cruzados, combinação de municípios (concessão de um grande porte e alta renda junto com um de pequeno porte e baixa renda), regionalizações etc.

O *deficit* do saneamento básico se localiza majoritariamente nas periferias das grandes cidades, na zona rural e nos pequenos municípios onde a população não tem renda que permita pagar pelo serviço. Assim, por não terem como pagar pelos serviços de saneamento básico que constitucionalmente é dever do Estado e Direito do cidadão serão penalizados com condições insalubres e probabilidade maior de adquirir uma série de doenças de veiculação hídrica e com isso aumentar os índices de mortalidade infantil, a taxa de internação, o absenteísmo e outras mazelas.

Com a taxa de crescimento de 1,59%, verificada entre 2002 e 2006, seriam necessários 56,5 anos para diminuir pela metade o *deficit* do saneamento básico no Brasil. De acordo com os últimos dados levantados pela “Pesquisa por Amostra Domiciliares” (PNAD 2011) e divulgados pela pesquisa “Trata Brasil Saneamento Saúde e o Bolso do Consumidor”, desenvolvida pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), 54,92 % da população brasileira têm acesso a rede de esgoto.

Faz se necessário, portanto, agilizar a implementação de ações que possam contribuir para a redução deste *deficit* de maneira mais rápida e eficiente.

2.1.2 O *deficit* do saneamento básico no estado do Ceará

Fortaleza enfrenta o *deficit* do sistema de saneamento básico, ausente ainda em 46,4% de seu território. Conforme informou ao jornal O ESTADO, em 04 de julho de 2012, o professor do Departamento de Engenharia Hidráulica e Ambiental da UFC, Francisco Suetônio Bastos Mota, dada a carência de saneamento, inúmeros

empreendimentos improvisam fossas ou ligações clandestinas com galerias que deságuam em rios e lagoas da capital. “Somos refém dessas medidas improvisadas e temos nossos recursos hídricos impactados, diariamente, por uma situação que há anos espera para ser equacionada” (MOTA, 2012).

Em reportagem no jornal Diário do Nordeste de 8 de fevereiro de 2012 o repórter Melquíades Junior fala sobre a elaboração dos PMSB no Ceará:

Necessidade e obrigação de toda cidade, o Plano Municipal de Saneamento segue tardiamente em fase de implantação nos municípios cearenses. A partir de janeiro de 2014, a cidade que não tiver criado seu plano não receberá recursos federais. Por esse motivo, órgãos relacionados ao saneamento básico realizam convênio de cooperação técnica com as prefeituras. Todos admitem que o prazo está acabando, mas a cobrança vem desde 2007 - então "deixaram" para última hora. De todo o interior do Estado, apenas cinco municípios possuem plano de saneamento básico: Morada Nova, Limoeiro do Norte, Cariús, Quixelô e Iguatu

(MELQUÍADES JUNIOR. Falta plano de saneamento em 97% das cidades do Ceará. Diário do Nordeste, Fortaleza, 8 fev. 2012. Caderno Regional, p.2-3).

Cerca de 97% das cidades cearenses não têm o PMSB concluído. Dessas, 51 estão em fase de criação, trata-se principalmente de municípios de menor densidade populacional. De cada dez domicílios cearenses, pelo menos seis não possuem saneamento adequado, conforme o Censo 2010 do IBGE.

Quando se administra uma cidade, a gestão deve impor a si mesma a garantia dos direitos essenciais da população. É o caso do abastecimento de água, drenagem, coleta de esgoto e de lixo. Onde não são feitos, que se planeje uma forma de executá-los. O problema é que muitos municípios, especialmente os de menor densidade populacional (a maioria com menos de 50 anos de emancipação política) só passam a se preocupar com obras de saneamento básico de seu próprio povo por meio da pressão de instituições estaduais e federais.

A primeira alegativa para postergação desta medida é o custo de elaboração do plano. A necessidade de equipe técnica especializada seria outra desculpa, mas a mão de obra já é fornecida por meio do Convênio entre Aprece, Arce, Cagece e SCIDADES. Com investimento estadual de R\$ 825 mil mais contrapartida municipal, a Secretaria das Cidades por meio do Convênio 48/2010/SCIDADES e as prefeituras fazem a elaboração do plano de saneamento em 51 municípios de até 20 mil habitantes. Esta ação local é um esforço para atender à Lei Nacional de Saneamento, de 2007, e ao Decreto Nº 7217, de 2010, que estabelecem que, a partir do exercício de 2014, os municípios sem plano municipal de saneamento não terão

acesso a recursos federais. O mais recente Atlas do Saneamento Básico, divulgado em outubro do ano passado, apontou que apenas 12% dos municípios brasileiros haviam elaborado seus planos de saneamento básico entre 2000 e 2008 (IBGE, 2011).

Nesse período, o saneamento aumentou à medida que mais cidades elaboraram seus planos. E onde o plano já existia, a participação social tem ajudado a melhorar também o atendimento de água e esgoto. A pior situação ainda é de coleta de esgoto no país: estava presente em 52,2% dos municípios em 2000 e aumentou apenas para 55,2% em 2008. Nesse mesmo ano, 68,8% do esgoto coletado eram tratados, percentual bem superior aos 35,3% de 2000.

No Ceará, de acordo com o IBGE, em 2010, 38,9% dos domicílios possuíam saneamento adequado (em 2000 eram 28%). Por adequado se entende abastecimento de água por rede geral, esgotamento sanitário por rede geral (ou fossa séptica) e lixo coletado direta ou indiretamente. Ainda em 2010, 46,5% dos domicílios do Ceará possuíam saneamento "semi adequado", e 14,9% saneamento inadequado. Destes últimos, 82,9% dos domicílios recebiam até meio salário mínimo por mês.

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) é um dos órgãos federais que tem estabelecido a exigência de que os municípios tenham seus planos de saneamento básico.

O município que não tem plano recebe consultoria, mediante seleção. "É um prazo curtíssimo, mas a gente tem trabalhado para conscientizar os Municípios, inclusive lançando portarias para que eles pleiteiem os recursos de auxílio técnico para elaboração do plano", afirma Soraia Tavares, engenheira civil do Departamento de Saneamento da Funasa (TAVARES, 2012).

Elaborar o plano é o primeiro passo para que pequenos municípios priorizem o saneamento básico e, assim, o devido atendimento à sua população com redes de água e esgoto, um direito tão essencial. A Secretaria das Cidades do Estado está investindo para planos de saneamento, em pelo menos 51 cidades de até 20 mil habitantes, o valor de R\$ 825.000,00.

A Lei nº 11.445/2007 determina que a elaboração dos planos de saneamento básico deve se balizar pelos princípios fundamentais, dentre os quais se destaca a universalização, conceituada como a ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico, ou seja, sem a exclusão da população de baixa renda.

Podem-se destacar três mecanismos de gestão importantes da Lei nº 11.445/2007, necessários para que o município alcance a universalização do acesso: o planejamento, a prestação e a regulação. A ferramenta principal envolta por estes três elementos, definida na própria lei, é o plano municipal de saneamento básico, cujo conteúdo mínimo, deve estar alicerçado em objetivos e em metas de curto, médio e longo prazo, e respectivos programas, projetos e ações para o alcance da universalização.

Dentro desse cenário, três instituições assumem papéis de destaque:

O titular dos serviços (município) que é o responsável pelo planejamento, consubstanciado no PMSB; o prestador dos serviços que executa os serviços, vinculado ao atendimento do disposto no PMSB (exemplo no Estado do Ceará: Cagece ou Saaes); e a entidade de regulação que fará o acompanhamento do PMSB (exemplo no Estado do Ceará: Arce)” (BASÍLIO, 2011, p. 57).

Além das instituições já elencadas acima (o município que é o titular dos serviços, a Cagece ou o Saae que é a concessionária que presta os serviços, e a Arce que é o ente regulador), temos que lembrar a Aprece, que congrega os municípios, e a Secretaria das Cidades (SCIDADES) que é o agente financeiro a quem cabe arcar com 50% do valor do PMSB.

Com o intuito de unir esforços e possibilitar que os municípios cearenses com menos de 20 mil habitantes tenham seus planos de saneamento elaborados em conformidade com o que foi determinado pela lei e possam desta maneira possibilitar a universalização dos acessos ao saneamento básico, buscou-se que todos os envolvidos pudessem participar deste o início da elaboração destes planos para possibilitar sua implementação de forma harmoniosa.

Instituiu-se, então, no Ceará, conforme Figura 1, o Convênio Nº 48/SCidades/2010-Arce–Cagece-Aprece-SCIDADES que visa à elaboração dos PMSBs para municípios de até 20 mil habitantes.

Dos cerca de 80 municípios cearenses com menos de 20 mil habitantes, 51 aderiram ao convênio e 20 deles¹ já estão com seus planos prontos para serem

1

submetidos a uma das ações que se inscrevem no campo do controle social, que é a audiência pública para apresentação do PMSB e seu submetimento à apreciação dos munícipes.

As instituições que participam do convênio têm seus papéis devidamente estabelecidos:

- Aprece – cabe-lhe contratar equipe técnica para desenvolvimento de metodologia e de elaboração de PMSB cuja orientação técnica ficará a cargo da Arce. A Aprece arcará com parte do custo de elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico (50% do custo direto).
- Arce – deve orientar equipe a técnica contratada pela Aprece para o desenvolvimento de metodologia e elaboração dos PMSB. A Arce disponibilizará além de seus técnicos uma sala, computadores, impressoras e todo o aparato administrativo necessário ao andamento dos trabalhos além de técnicos para acompanhar os trabalhos de elaboração.
- Cagece – deverá disponibilizar as informações técnicas e econômicas necessárias a elaboração dos PMSB além de técnicos para acompanhar os trabalhos de elaboração.
- SCidades – responde pelo financiamento do convênio (50% do custo direto).
- Municípios – terão a responsabilidade de indicar dois representantes para participar da elaboração e acompanhamento dos PMSB; sendo preferencialmente um servidor público de carreira e um funcionário da infraestrutura.

Deverão disponibilizar os dados solicitados pela equipe sempre que solicitados.



FIGURA 1 - Convênio nº 48/2010 SCidades

Os documentos utilizados na elaboração do plano municipal estão disponíveis na página da Associação dos Prefeitos do Ceará.²

Galvão Junior (2012), coordenador de Saneamento Básico da Arce e Coordenador Técnico do Convênio, adverte que: "O fundamental não é só elaborar o plano para obedecer a Lei. É mais importante consolidar a execução do plano, garantir recursos para que o saneamento básico seja efetivado, e que os Municípios criem quadros técnicos neste setor" (GALVÃO JUNIOR, 2012).

A Cagece está presente atualmente em 150 municípios do estado do Ceará, com índice de cobertura de abastecimento de água de 96,98% em todo o estado, isto significa mais de cinco milhões de cearenses com acesso à água tratada. Só na capital, a cobertura de abastecimento de água chega a 98,29%, somando um total de 2.494.425 pessoas beneficiadas pelo serviço da companhia. Já no interior, este índice chega a 97,02%, representando 2.511.624 beneficiados com água tratada em sua residência.

O índice de cobertura do sistema de esgotamento sanitário chega a 37,23% para todo o estado, totalizando 1.916.189 pessoas atendidas com rede de esgoto. Só na capital, este índice é de 53,60%, contra apenas 22,76%, no interior.

A Cagece possui atualmente 299 sistemas em operação ao longo de todo o estado do Ceará, assim divididos: 228 sistemas de abastecimento de água e 71 sistemas de esgotamento sanitário.

Por meio de parceria firmada pelo convênio nº 48/2010 SCidades, entre a SCidades, Cagece, Aprece e Arce foram elaborados 20 PMSBs em municípios cearenses de população inferior a 20 mil habitantes. As principais características desses municípios são baixo IDH, a maioria da população (de 60% a 95%) com renda de até ½ salário mínimo, o que impossibilita pagar pelos serviços de água e esgotamento sanitário, sendo que a cobertura de rede de esgoto, hoje, praticamente não existe, o que requer grande disponibilidade de investimento a fundo perdido.

Resta o desafio de, elaborados os planos, saber como esses municípios com precárias condições financeiras e técnicas irão administrar esses planos e transformá-los em guias de gestão e instrumentos da universalização, viabilizando dessa forma o fim último da política que o instituiu.

2 . Os documentos dos municípios estão disponíveis em:
<http://www.aprece.org.br/site2010/index.php?acao=interna&titulo=PMSBFinalizados&tk=3757>

Diante do exposto, pretendemos analisar a sustentabilidade da política pública de universalização do acesso ao saneamento básico partindo do que ela toma como indutor dessa universalização: o plano municipal de saneamento básico.

Mostramos a seguir a Quadro 1, por nós elaborado, com alguns dados dos vinte municípios cearenses que estão tendo seus PMSBs concluídos e que serão submetidos em audiência pública, realizadas nos respectivos municípios, à apreciação da sociedade que os aprovará ou não.

Salientamos que, nesse processo há dois momentos em que as audiências públicas são instaladas: inicialmente quando da apresentação do diagnóstico levantado, e posteriormente quando da apresentação do plano propriamente dito, o que passou a ser chamado de prognóstico.

Observando o Quadro 1 vemos claramente que o abastecimento de água ainda deixa muito a desejar e que o esgotamento sanitário praticamente não existe em muitos destes municípios. Podemos ver também que é grande o percentual de unidades habitacionais localizadas na zona rural, o que dificulta o atendimento vez que temos que buscar, muitas vezes, soluções específicas para grupos de habitações ou até soluções individuais. Isto é um problema.

Ao analisarmos a renda da população destes municípios nota-se que na sua maioria 80% a 90% da população sobrevive com renda de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo per capita. Em Granjeiro 44,20% das residências não tem rendimentos e 867 famílias são beneficiadas com o bolsa-família. Já em Barreira o percentual de famílias sem rendimento chega a 42,00% e 3019 famílias são beneficiadas com o bolsa-família.

Conhecendo esta realidade pergunta-se: têm estas populações condições de pagar pela água que consomem? E pelo esgoto que venham a produzir?

E a sustentabilidade dos sistemas de saneamento básico, como fica?

É ou não o saneamento direito do cidadão e dever do estado?

Como se consegue universalizar o acesso ao saneamento básico nestas condições?

QUADRO 1 – MUNICÍPIOS CEARENSES CONVENIADOS COM PMSB CONCLUÍDOS

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO		BOLSA FAMILIA	IDH	(%) RENDA ATÉ	SANEAMENTO	COBERTURA	
	Nº	URBANA(%)						RURAL (%)
Aratuba	11.5 mil	33	67	1.812	0,633	90	47,28	12,92
Barreira	19,6 mil	42	58	-	0,619	62	84,00	19,99
Caridade	20 mil	58	42	2.794	0,618	96	84,77	0,00
Croatá	17.1 mil	53	47	2.666	0,557	83	78,07	48,97
Gal. Sampaio	6,2 mil	59	41	949	0,606	96	96,40	3,67
Graça	15.0 mil	39	61	2.304	0,593	84	42,60	9,30
Granjeiro	4.6 mil	29,60	70,40	867	0,576	86	96,00	25,70
Hidrolândia	19.3 mil	57	43	3.100	0,638	86	97,00	0,00
Ibicuitinga	11.3 mil	51	49	2.069	0,642	95	69,96	13,07
Ipaumirim	12.0 mil	59,40	40,60	1.971	0,646	91	62,10	0,30
Mons. Tabosa	16.7 mil	56	44	3.183	0,628	91	56,70	0,00
Morrinhos	20.7 mil	46	54	3.112	0,608	66	82,00	18,00
Mucambo	14.1 mil	64	36	1.997	0,629	90	91,00	13,80
Mulungu	11.5 mil	36,55	63,45	1.895	0,650	88	39,77	14,50
Palhano	8.9 mil	50,92	49,08	1.478	0,649	84	90,16	13,16
Paramoti	11.3 mil	49	51,40	1.866	0,597	65	56,56	12,86
Poranga	12.0 mil	65	35	1.884	0,597	91	96,00	11,40
Quiterianópolis	19.9 mil	32	68	3.954	0,625	66	61,45	11,82
Saboeiro	15.8 mil	53,68	46,32	3.008	0560	64	57,60	2,30
S. Luís do Curú	12.3 mil	64,56	35,44	2.101	0,650	92	96,31	32,00

Fonte: PMSBs Autor: Sérgio Miranda

3 PERCURSOS METODOLÓGICOS DE INVESTIGAÇÃO

Para conhecermos a realidade de nossos municípios com menos de 20 mil habitantes, que, por suas carências de natureza financeira, administrativa e técnica, foram o universo foco de nosso estudo, analisamos dados numéricos como a população de cada município e sua distribuição percentual nas áreas urbana e rural, quantidade de famílias beneficiadas com o programa de distribuição de renda, o índice de desenvolvimento humano (IDH), renda *per capita* e cobertura de abastecimento de água e esgotamento sanitário, o que nos obriga a realizar uma pesquisa quantitativa. Mas apenas estes dados numéricos não são de grande valia para nós, pois temos indagações de cunho qualitativo, o que nos leva a realizar uma pesquisa ao mesmo tempo de natureza qualitativa e quantitativa em busca de esclarecimento para nossas questões. Sobretudo porque nosso empreendimento investigativo não se limita a oferecer um diagnóstico estritamente numérico no tocante aos aspectos econômicos, demográficos e físicos de cada um dos municípios de que este estudo se ocupou, mas visa fundamentalmente avaliar as condições efetivas da capacidade de um plano de saneamento tornar-se instrumento de viabilização de universalidade de um bem social de vital importância; o saneamento básico.

Esforçamo-nos para percorrer os caminhos de um processo de avaliação em profundidade, que conforme nos preceitua Rodrigues, (2008), “tem como condições primeiras conseguir ser ao mesmo tempo extensa, detalhada, densa, ampla e multidimensional, o que exige uma abordagem multi e interdisciplinar” (RODRIGUES, 2008, p.11) e para tal, buscamos analisar diferentes tipos de dados e informações para avaliar a política social de universalização do acesso ao saneamento básico; a partir de um estudo de caso, que segundo Yin (2000, p.19):

é uma averiguação empírica que investiga um fenômeno dentro de um contexto da vida real, no qual os comportamentos não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Essa técnica de pesquisa é caracterizada pela capacidade de manipular um leque amplo de evidências, como: documentos, artefatos, entrevistas e observações” (YIN, 1989, p.19).

Nesse sentido, aplicamos questionários, realizamos além de entrevistas grupos focais, que, de acordo com Gatti (2005, p. 7)

é um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal, com o objetivo de captar, a partir de trocas de opiniões realizadas entre o grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações, de um modo que não seria possível com outros métodos.

Procedemos, ainda, análise do material institucional obtido para nos dar suporte neste estudo.

Inicialmente acompanhamos os trabalhos da equipe contratada pelo consorcio e que estava encarregada, sob a orientação da Arce, de elaborar os planos municipais de saneamento básico das 51 cidades conveniadas.

Essa equipe técnica era vinculada à CMS Tecnologia e era composta por um engenheiro civil, um analista de sistemas, dois tecnólogos em saneamento ambiental e dois estagiários de engenharia ambiental. Para apoiar tecnicamente esta equipe contamos com técnicos da Aprece, uma equipe técnica da Cagece além da equipe técnica da Arce sob a orientação do coordenador de saneamento básico da Arce, e supervisão direta de engenheiro pertencente ao quadro da Arce.

Analisamos diversos planos objetivando um maior entendimento da sistemática de elaboração e do grau de participação dos municípios que também disponibilizaram, quando da elaboração de seu plano, dois técnicos, sendo um servidor público municipal e o outro não necessariamente servidor público.

Escolhidos os municípios a serem trabalhados, partimos para a leitura na íntegra dos respectivos planos municipais de saneamento básico.

Visitamos as cidades de Barreira, por três vezes, e Grangeiro cidades escolhidas para nossa pesquisa. Além dessas, visitamos os municípios de Tauá, Aracati, Canindé e Juazeiro para construir um quadro comparativo dos problemas e dificuldades de municípios maiores com os dos municípios que constituem o universo foco de nosso trabalho: municípios com menos de 20 mil habitantes.

Em Barreira, fizemos uma visita prospectiva e, nesta ocasião, conversamos com o Secretário de Meio Ambiente, que nos explicou como foi a participação dos representantes do município na elaboração do Plano Municipal de Saneamento Básico e se dispôs a colaborar conosco em todas as etapas de nosso trabalho.

Na segunda visita, a essa cidade, tivemos um encontro com o grupo de lideranças, explicando nosso trabalho e solicitando a colaboração de todos. Apresentamos o questionário e expusemos como deveria ser respondido.

Esclarecemos as questões postas e ficamos à disposição dos participantes enquanto respondiam. Solicitaram devolver os questionários respondidos posteriormente. Estabelecemos prazo e quando ligávamos solicitando os questionários devolvidos devidamente respondidos, pediam mais tempo. E assim foram protelando a devolução até que o Secretário de Meio Ambiente me informou ter sido procurado pelo grupo, alegando que se achava sem condições de responder às questões postas. Apenas três pessoas se diziam em condições de responder às questões postas.. Essas três pessoas eram o próprio Secretário e duas funcionárias da prefeitura e que tinham trabalhado diretamente na elaboração do plano, fornecendo dados do município.

Analisamos os planos municipais de saneamento básico e posteriormente, ao visitarmos os municípios escolhidos, conversamos com os gestores e entrevistamos tanto pessoas que trabalharam na elaboração dos planos, como também os representantes dos municípios detentores da titularidade do serviço de saneamento básico e os munícipes, potenciais beneficiários do serviço, com vistas a saber o grau de entendimento do plano e o comprometimento com sua execução.

Antes acompanhamos o trabalho da equipe que elaborou os planos, para melhor entendimento desse plano em sua íntegra e de como funciona a sistemática de fornecimento de dados pelo município, além dos procedimentos de coleta de dados das instituições que os detêm (IBGE e Cagece, entre outras).

Entrevistamos o engenheiro da Arce responsável pela supervisão da equipe contratada e também um membro da equipe contratada que é o único que participou da elaboração de todos os vinte planos elaborados no primeiro grupo.

Buscamos entender como um município com baixa capacidade financeira, com uma população sem acesso à educação básica e, não raro, sem noções básicas de higiene, sem capacidade administrativa e técnica para gerenciar os serviços norteados pelo plano municipal de saneamento básico conseguirá atingir a universalização do acesso ao abastecimento de água e esgotamento sanitário. Ou seja, de que maneira o plano dará sustentabilidade à política de saneamento básico, sendo esse plano o instrumento tão propalado de gestão para a implantação e manutenção dessa política de maior importância para a saúde das pessoas, a preservação do meio ambiente e a qualidade de vida de nosso povo?

Para Lima e Mito (2007, p. 39) “o processo de pesquisa se caracteriza como uma atividade científica básica, que através da indagação e (re)construção da

realidade, fomenta a atividade de ensino e a renova frente à realidade”. É também sob essa perspectiva que este estudo se desenrola. Some-se a isso o esforço de ofertar, talvez, pistas para um redirecionamento ou uma rota operacional alternativa que viabilize novas possibilidades de concreção do fim último dessa política que é a universalização do acesso ao saneamento básico.

3.1 Processo Analítico

Segundo nos relata Moreira (1998), a história do saneamento básico no Brasil se confunde com o aparecimento e com a formação das cidades. No início do período colonial, século XIX, as coletas em fontes e bicas eram os meios utilizados para o abastecimento de água, nos povoados que se formavam. A implantação de uma infraestrutura mínima, como estradas, pontes e abastecimento de água à população, só foi acontecer com a chegada da família real ao Brasil.

Já Ximenes (2008) nos informa que a gestão organizada dos serviços de saneamento básico no Brasil se iniciou no final do século XIX, tendo sido os empreendimentos do Barão de Mauá, exemplos dos primeiros serviços de canalização de água. A partir daí, os modelos de gestão de saneamento básico alternam exemplos de descentralização e centralização dos serviços, com menor ou maior grau de participação privada.

Acrescenta ainda, a mesma autora, que o Sistema Financeiro do Saneamento (SFS), que foi criado em 1968 e gerido pelo Banco Nacional de Habilitação (BNH), foi o suporte para o Planasa, que foi instituído nesse mesmo ano e projetou a primeira grande iniciativa de provisão universal dos serviços de saneamento em larga escala, incentivando a expansão e a regionalização dos serviços de água e esgoto mediante a criação das Companhias Estaduais de Saneamento Básico (Cesbs) (XIMENES,2008).

É possível afirmar o êxito do Planasa ao incrementar de maneira significativa o acesso aos serviços de abastecimento de água, tornando viável a implantação de redes de abastecimento em mercados não muito atraentes. Ressalta entretanto Ximenes (2008) que esse mesmo modelo não alcançou os resultados esperados em relação aos serviços de esgotamento sanitário, apresentando baixos índices de coleta e tratamento de efluentes. Ou seja, o Planasa priorizou o

abastecimento de água e relegou o esgotamento sanitário deixando uma diferença enorme entre os índices de cobertura de um e do outro.

Já Azevedo (2007), afirma que o ânimo com que o Planasa foi introduzido foi diminuindo com o final do “milagre econômico”, até que, em 1986, a crise do sistema se acentuou e determinou a extinção, por decreto, do BNH e, quatro anos depois o Planasa teve seu fim, tendo como uma das causas principais a fragilidade jurídica dos contratos de concessão entre as empresas estaduais e municipais. Esses contratos de concessão eram condição para que os municípios, através das companhias estaduais fossem incluídos no Planasa.

Desde a extinção do Planasa, em 1990, o setor de saneamento permaneceu em um estado de completa estagnação, causado pela falta de diretrizes claras para a prestação dos serviços de saneamento básico, ausência de normas reguladoras e de indicações objetivas sobre fontes de financiamento (AZEVEDO, 2007). De 1990 até 2007 cada companhia de saneamento agia a seu modo, não havendo um padrão a ser seguido nem uma coordenação nacional.

Porém, essa situação começou a se tornar diferente com o sancionamento da Lei Federal nº 11.445/2007, que instituiu diretrizes nacionais para o saneamento básico (serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário), além de incluir também os serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e de drenagem e manejo das águas pluviais urbanas (XIMENES, 2008). Lamentavelmente, o decreto que regulamenta a Lei nº 11.445/2007 só foi sancionado em 2010 deixando, durante esse período, margem a interpretações diversas e mal entendidos.

Segundo Azevedo (2007), chegava ao fim o vazio institucional no setor de saneamento que perdurava por quase duas décadas. Essa lei determina que o titular do serviço é responsável por planejar estratégias para garantia da universalização do saneamento básico, permitindo o acesso aos serviços a todos os domicílios ocupados.

Este planejamento, conforme já foi ressaltado, será consubstanciado no PMSB, cuja elaboração é requisito para o acesso a recursos federais destinados às melhorias e expansões para o alcance da universalização. Além disso, a existência do PMSB é condição básica para validar quaisquer contratos cujos objetos sejam serviços públicos de saneamento básico.

Com a finalidade de assegurar a eficácia do PMSB faz-se necessária a adoção de um conjunto de ações normativas, técnicas, operacionais, financeiras e de planejamento que objetivem gerenciar, de forma adequada, a infraestrutura sanitária

do saneamento básico, para prevenção de doenças, melhoria da salubridade ambiental, proteção dos recursos hídricos e promoção da saúde pública.

Nesse sentido, nesse estudo fizemos uma avaliação da sustentabilidade da política pública de saneamento básico tomando como referência os PMSBs de municípios cearenses com menos de 20 mil habitantes. Daí por que pomos em xeque: serão os PMSBs os instrumentos capazes de garantir a universalização do acesso ao saneamento básico à população desses municípios que têm cerca de 90% de seus habitantes sobrevivendo com renda *per capita* de até $\frac{1}{2}$ salário? Como?

A universalização dos acessos aos serviços de saneamento básico é um grande desafio e constitui-se em uma política social de grande relevância para Fortaleza e, principalmente para o interior do Ceará. Programas dessa natureza exigem recursos de grande monta e por se constituírem em obras enterradas, não dão visibilidade política a quem as faz, sendo sempre relegadas a um segundo plano, exceto em ano em que há eleições.

A legislação brasileira indica a universalização dos serviços públicos como direito dos cidadãos, porém, o acesso a esses serviços, que deveriam ser disponibilizados a todos os cidadãos, de fato, não acontece, o que se evidencia é o beneficiamento de cidadãos de melhor poder aquisitivo em detrimento daqueles que não podem patrocinar esse gasto, impactando diretamente na população pobre, sendo as crianças as principais vítimas (atingidas por diarreias, doenças parasitológicas e outras).

O cidadão brasileiro ainda tem um longo caminho a percorrer para obter sua plena cidadania, pois, hoje, lhe são negadas as condições mínimas para exercê-la. Deve-se mudar, a partir do voto, pois ele transforma direito em dever. Não temos uma cidadania consciente e organizada e sim uma cidadania capenga onde falta educação e comunicação já que a população é conduzida pelo Estado e pela grande mídia e temos na realidade uma cidadania tutelada, segundo afirma Demo (2008). O que devemos buscar segundo Carvalho (2001) é uma cidadania plena, que combine liberdade, participação e igualdade para todos, o que é um ideal talvez inatingível.

No Brasil, a criação de agências reguladoras especializadas começou durante a primeira presidência de Getúlio Vargas com o Departamento Nacional do Café, depois IBC, e o Instituto do Açúcar e do Alcool (IAA), criados em 1933, e os Institutos Nacionais do Mate (1938), do Sal (1940), e do Pinho (1941). Todos eles sob a forma jurídica de autarquia, eram destinados a regular a produção e comercialização

de produtos considerados importantes para a pauta de exportações. Mais tarde, passam a usufruir do mesmo *status* a Comissão Nacional de Energia Nuclear (1962), o Banco Central (1964) e a Comissão de Valores Mobiliários (CVM) em 1976.

O Estado democrático de direito brasileiro criou uma nova leva de agências reguladoras que começou, com a Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel), em finais de 1997, e, no âmbito estadual, com o estabelecimento, em janeiro de 1997, da Agência Estadual de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Rio Grande do Sul (Agergs). Em dezembro de 1997, foi aprovada na Assembleia Legislativa do Estado do Ceará a Lei nº 12.786 de 30 de dezembro de 1997 que instituiu a Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará (Arce). Em julho de 1998, foi expedido Decreto nº 25.059, regulamentando a lei de criação da agência.

Tivemos com a criação das agências reguladoras a mudança do papel do Estado que passa de executor para regulador, controlador e fiscalizador da prestação dos serviços delegados, além de mediador dos interesses do poder concedente, das concessionárias e dos usuários e consumidores destes serviços.

Segundo Telles (1999), os direitos sociais buscam analisar as possibilidades de um mundo mais justo e mais igualitário sendo que na realidade o neoliberalismo obstrui a dimensão ética da vida social por via da recusa dos fundamentos da responsabilidade pública e obrigação social, e, por esta razão, diz a autora, “a pobreza brasileira é e sempre foi espantosa, e só vem aumentando sob o efeito conjugado de recessão econômica, reestruturação produtiva e desmantelamento dos desde sempre precários serviços públicos” (TELLES, 1999, p. 172).

Balbontin (2011) diz que cada país deve ter estratégias claras e inequívocas quanto ao caminho a seguir, sendo desejável que estas não correspondam às políticas de governo, mas sejam políticas de Estado, acordadas com a maior parte dos atores políticos e econômicos do país. O que nós vemos é cada governo traçar suas diretrizes, deixando de lado o que o anterior vinha fazendo e esquecendo as vantagens da continuidade administrativa quando ela se faz.

Saravia (2007) nos ensina que uma política pública é um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos necessários para atingir os objetivos estabelecidos. Nossas políticas públicas variam de

acordo com o governante de plantão, o que torna difícil alterar realidades e atingir objetivos estabelecidos.

O acesso aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário torna possível a satisfação das necessidades básicas e contribui decisivamente para o desenvolvimento humano, com efeitos multiplicadores em educação, alimentação e saúde. Portanto, o setor de abastecimento de água e esgotamento sanitário inscreve-se necessariamente na agenda social e econômica dos países.

A perspectiva de mudança nos índices de atendimento e de cobertura dos serviços de saneamento básico, e, conseqüentemente, naqueles indicadores associados às doenças de veiculação hídrica, surgiu com a sanção da Lei nº 11.445/2007, que trata das diretrizes nacionais para o setor, regulamentada pelo Decreto nº 7.217/2010. Essa lei define a universalização como princípio fundamental, sendo conceituada como a ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico. Os benefícios da universalização dos serviços de água e esgoto são relevantes para a população, em função de suas externalidades produzidas nas áreas de saúde pública, meio ambiente, recursos hídricos e desenvolvimento urbano.

Os PMSBs são ditos instrumentos essenciais para o alcance da universalização da prestação dos serviços nos estados, segundo os preceitos da Lei nº 11.445/2007.

Está previsto que a Arce irá orientar a elaboração dos planos municipais de 51 cidades cearenses com até 20 mil habitantes. Dentre os vinte já concluídos escolhemos uma amostra de duas cidades para podermos fazer a análise do processo de elaboração dos PMSBs.

Os PMSBs, conforme está prescrito no artigo 19 da Lei do Saneamento, deverão apresentar o diagnóstico situacional, os objetivos e as metas de curto, médio e longo prazo para a universalização; os programas, projetos e ações necessários para alcançá-la; as ações de emergência e contingência; além dos mecanismos e procedimentos para a avaliação sistemática da eficiência e eficácia das ações programadas para o atendimento do que dispõe a citada lei.

Para nós, sem sombra de dúvida, os programas devem ser avaliados para que se possa, com base em fatos e dados obtidos nesta avaliação, tomar decisões sobre a continuação do programa, realimentar o planejamento etc.

Conforme Holanda (2006, p.191):

se avalia com o propósito de prestar contas, melhorar a eficiência, realimentar o sistema de planejamento, identificar modelos replicáveis de programas e projetos ou instrumentalizar o processo decisório em relação à continuidade, reformulação ou extinção desses programas.

Daí a importância de avaliarmos a política de saneamento básico no que diz respeito aos PMSBs como instrumentos de garantia do princípio de universalização do acesso ao saneamento básico.

Precisamos avaliar se é o plano municipal de saneamento básico, de fato, o instrumento que irá garantir a universalização do acesso ao saneamento básico, princípio maior da política nacional de saneamento básico.

Ao avaliar um programa, buscamos saber o que foi feito com o dinheiro destinado para o programa, se os objetivos e metas foram atingidos ou não, se a população alvo foi, de fato, beneficiada, se a implementação foi eficiente ou ineficaz. Buscamos também realimentar o processo de planejamento, obtendo conhecimentos para uma melhor formulação de políticas, programas e projetos além de subsídios para melhorar o desempenho e a eficiência da implementação.

Rodrigues (2008) propõe uma avaliação em profundidade baseada em quatro grandes eixos de análise: conteúdo da política e/ou do programa, contemplando sua formulação, bases conceituais e coerência interna; trajetória institucional; aspecto temporal e territorial abarcada pela política ou programa e análise de contexto de formulação dos mesmos. Diz ainda Rodrigues (2008) que se faz necessário uma acurada reflexão e claras orientações metodológicas para que o pesquisador/avaliador disponha de elementos o suficiente para decidir quanto ao escopo/amplitude da pesquisa, envolvendo questões fundamentais relativas à problematização central do projeto, o que diz respeito à própria construção do objeto de pesquisa, o recorte empírico adequado e as estratégias metodológicas a serem eleitas.

3.2 Caminho Metodológico

De acordo com Minayo (1994), a pesquisa pode ser entendida como um processo pelo qual o pesquisador possui uma atitude e uma prática teórica de constante busca que

define um processo intrinsecamente inacabado e permanente, pois realiza uma atividade de aproximações constantes da realidade, sendo que esta demonstra uma carga histórica e reflete aspectos frente à realidade.

Nossa pesquisa, como anteriormente dito, tem uma abordagem qualitativa e quantitativa e, embasamos nosso trabalho na pesquisa documental, na pesquisa bibliográfica (livros, periódicos, dados obtidos na internet, jornais e revistas) e no banco de dados desenvolvido pela Arce sobre o Sistema de Informações Regulatórias de Água e Esgoto (Sirae). Utilizamos também, dados da Associação Brasileira das Agências de Regulação (Abar), do Ministério das Cidades, por meio do Programa de Modernização do Setor de Saneamento (PMSS), e dados históricos da Cagece e do IBGE.

Foram aplicados questionários, feitas entrevistas, e utilizadas também observações sistemáticas para obtenção e análise de dados e informações que possibilitassem atingir os objetivos pretendidos. Além de tais recursos e técnicas realizamos grupos focais com alguns municípios dessas cidades.

Recorrendo à metodologia do estudo de caso, analisamos os PMSBs dos municípios de Barreira, com cerca de 20 mil habitantes, configurando um dos municípios situados no limite superior do universo analisado e Granjeiro, com 4,6 mil habitantes, situado no limite inferior do universo escolhido, com vistas à avaliação de sustentabilidade da política de saneamento básico, na busca da universalização, tendo como instrumento indutor desta universalização o referido plano. Conseguimos colocar 21 pessoas no auditório da secretaria de meio ambiente de Barreira para realizarmos nossas análises através desse grupo focal.

O estudo de caso é um método qualitativo que consiste, geralmente, em uma forma de aprofundar uma unidade individual. Ele serve para responder questionamentos que o pesquisador não tem muito controle sobre o fenômeno estudado.

O estudo de caso contribui para compreendermos melhor os fenômenos individuais, os processos organizacionais e políticos da sociedade. É uma ferramenta utilizada para entendermos a forma e os motivos que levaram a determinada decisão.

Conforme Yin (2001) o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que compreende um método que abrange tudo em abordagens específicas de coletas e análise de dados.

Utilizamos dados estatísticos relativos ao desenvolvimento socioeconômico dos municípios pesquisados e a comparação dos indicadores de desenvolvimento socioeconômico desses municípios.

Utilizamos, também, grupos focais; técnica de abordagem qualitativa em pesquisa social na qual, segundo Gatti (2005) se seleciona um grupo de pessoas para discutir e comentar o tema objeto, a partir de suas experiências pessoais. O moderador tem a função de fazer fluir a discussão entre os participantes e deixando-os à vontade para que se situem, explicitem seus pontos de vista, analisem, e critiquem o tema sobre o qual foram convidados a conversar coletivamente. Conseguimos colocar 21 pessoas no auditório da secretaria de meio ambiente de Barreira para realizarmos nossas análises através desse grupo focal enquanto que em Granjeiro esse grupo se resumiu a três pessoas.

O pesquisador necessita explicitar sua posição com relação à pesquisa, pois sabemos que a neutralidade é impossível. Zaluar (1985) fala em desconstruir nossos conhecimentos para que nossa postura seja de fato, investigativa e com um mínimo de interferência de nossos saberes.

Nós, cientes disso, temos conhecimento de que além do olhar de pesquisador, estivemos vendo através de nosso olhar de técnico da Arce onde atuamos como analista de regulação desde outubro de 2007. Assim sendo, buscamos minimizar as influências de nosso olhar de técnico e fazermos nossas observações através da lente do pesquisador.

Segundo Oliveira (1994) a observação é uma técnica de coleta de dados, que não consiste em apenas ver ou ouvir, mas, também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar. É um elemento básico de investigação científica, utilizado na pesquisa de campo como abordagem qualitativa.

A observação participante nos põe junto aos entrevistados e para obtermos as informações que necessitamos, precisamos ter uma postura adequada, de escuta e reflexão sendo necessário estar atento para ver, ouvir e refletir. Gussi e Muniz (2008).

A observação participante ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Obriga o pesquisador a ter um contato mais direto com a realidade estudada.

Na observação participante o pesquisador é elemento ativo, tem acesso rápido a dados sobre situações diversas, acessa dados considerados privados e capta

palavras de esclarecimento que acompanham o comportamento dos observados além de toda uma linguagem gestual uma limitação é que a observação participante é restrita a parte da população pesquisada.

Tivemos acesso a diversos planos que estavam sendo revisados e notamos uma discrepância de volume de dados entre eles e nos foi colocado que isto é em função do grau de interesse dos representantes dos municípios e de sua disposição e disponibilidade para coletar dados visto que a maioria dos municípios não dispõe destes dados de forma organizada e muitos de jeito nenhum.

Há uma preocupação de que estes planos simplesmente fiquem nas prateleiras, principalmente com a eleição que se avizinha e, quando houver a troca de prefeitos o plano (obra do antecessor) vá para o lixo ou fique engavetado mesmo que a partir de janeiro de 2014, segundo a Lei Nº 11.445/2007 só receberá recursos para saneamento o município que tiver seu Plano de Saneamento Básico devidamente elaborado e aprovado.

A Cagece, embora tenha montado uma equipe para tratar da elaboração dos planos, poderia ser mais efetiva na disponibilização de dados e informações relativas aos municípios.

Nossa observação ficou bastante prejudicada em função da paralisação das atividades de elaboração dos Planos Municipais de Saneamento Básico, por questões burocráticas de repasse de recursos pela SCidades pelo período de abril até setembro de 2012. Com a retomada das atividades observamos que a equipe contratada pelo consórcio tinha se dispersado e para recomeçar apenas uma das antigas componentes estava disponível e, assim, somente ela participou da elaboração dos planos de todas as vinte primeiras cidades trabalhadas e foi por nós entrevistada.

A quem cabe a titularidade dos serviços de saneamento básico? Ao estado ou ao município? Esta indefinição foi obstáculo, por muitos anos, para a implantação de uma política nacional de saneamento, em decorrência de conflitos, principalmente nas regiões metropolitanas. Hoje, regra geral, o município é o titular dos serviços de saneamento básico.

A universalização é o princípio fundamental da Lei do Saneamento como está sendo chamada a Lei nº 11.445 de 5 de janeiro de 2005. Como proceder para se

ter o saneamento básico universalizado em um país de dimensões continentais? Ou mesmo em um estado como o Ceará onde a população não tem poder aquisitivo para arcar com o pagamento do serviço (Tabela 1). Como, então, dar sustentabilidade à política de saneamento? Como atingir sua universalização?

O plano municipal de saneamento básico é o instrumento por meio do qual se busca a gestão dos municípios de modo a se ter a universalização dos serviços de saneamento básico. A elaboração dos PMSBs garante, de fato, a sustentabilidade da política de saneamento básico? É uma questão que nosso esforço investigativo põe como central; a ela esta investigação visará oferecer respostas pautadas em estudos que consorciam a empiria e a teoria.

Baseados no marco regulamentar as agências reguladoras estabelecem metas, verificam o cumprimento dos contratos, fiscalizam os serviços prestados, fixam tarifas e definem sanções para o caso de não atendimento às obrigações contratuais pelas concessionárias. De que maneiras a regulação pode contribuir para a sustentabilidade da política de saneamento básico é algo a ser analisado com muito cuidado.

Como os municípios cearenses, com menos de 20 mil habitantes, com precárias condições financeiras e técnicas, irão conseguir administrar os PMSBs e transformá-los em verdadeiros instrumentos de universalização e garantir a sustentabilidade da política de saneamento básico no curto, médio e longo prazo? Esta é a questão de partida.

3.3 Caminhos e descaminhos percorridos pelo pesquisador.

Após a realização de nossa revisão bibliográfica, onde buscamos o estado da arte em saneamento básico, pesquisa e avaliação de políticas públicas e sociais passamos a analisar o material relativo à elaboração dos planos inclusive as atas das audiências públicas relativas ao diagnóstico e também as relativas aos prognósticos., colocado por seus legítimos representantes

A escolha destas atas deveu-se a nosso entendimento de que elas continham o sentimento da comunidade colocado por seus legítimos representantes

Da análise da ata da audiência pública do diagnóstico de Barreira realizada em 1º de novembro de 2011 filtramos as observações abaixo:

- 1- Após a apresentação do diagnóstico para a comunidade pela equipe de elaboração, os representantes da sociedade civil se manifestaram sobre os problemas hoje existentes no município onde se destacam a falta de continuidade e baixa pressão no abastecimento de água. Foi ressaltado também, que há localidades que estão comprando água em carros pipa vez que a Cagece não vem atendendo aos pedidos de novas ligações.

A representante da Cagece afirmou que grande parte dos recursos destinados ao ano de 2011, da Cagece, para infraestrutura, já tinha sido utilizado mas, que a solução dos problemas de baixa pressão e falta de continuidade seria contemplada no prognóstico como ação prevista no projeto a ser executado e que para a ampliação da rede se faz necessário investimento e que haja viabilidade técnica, econômica e financeira para que se solucione o problema.

Esta afirmativa deixa claro, para todos, que a universalização do acesso apesar de ser o ponto alto da Política de Saneamento Básico, que é uma política de cunho social que objetiva resgatar a cidadania do brasileiro, está dependente de viabilidade econômica e financeira.

Então, perguntamos, é, de fato, a Política de Saneamento Básico uma política social ? E, ao surgir o interesse dos capitalistas em assumir a implantação das redes de esgotamento sanitário já que será liberado dinheiro do Governo Federal, indagamos como fica a manutenção desta rede? Quem vai pagar a conta mensal de cada usuário? Uma vez que, decididamente, eles não têm condição de fazê-lo?

Na crise atual, quando o governo dispõe de valores pequenos demais para o volume necessário à universalização, muitos apregoam a participação cada vez maior do capital privado, para tornar possível a universalização, e até, para, para possibilitar a implementação de um serviço de melhor qualidade.

- 2- Quanto ao esgotamento sanitário, os representantes da sociedade civil reclamaram da cobrança do serviço e o secretário de Meio Ambiente afirmou se fazer necessária a renovação da licença ambiental, junto à Semace, por parte da Cagece, para possibilitar ao município a obtenção do selo verde. Também foi dito que na localidade Cajueiro o esgoto está sendo lançado *in natura* na lagoa da localidade.

A representante da Cagece afirmou que os usuários da rede de esgotamento sanitário que forem enquadrados no programa de tarifa social pagam apenas R\$ 0,65 por m³ ou R\$ 6,50 para quem consumir 10 m³ de água, o que é razoável, segundo ela.

- 3- A universalização do acesso ao saneamento básico realizada com base em metas a serem cumpridas pelo prestador de serviço, subsídios cruzados (onde alguns usuários pagam mais para cobrir os valores dos que pagam menos) e tarifas sociais é fator de garantia da inclusão social de camadas mais carentes da sociedade.

Portanto, fazer chegar o saneamento básico às populações carentes de todo o país é garantir melhores condições de vida e higiene e melhor qualidade de vida a esta população, preservando a dignidade da pessoa humana, além de ser maneira única de cessar a agressão ao meio ambiente com a destinação correta de seus dejetos, devidamente tratados, e a suspensão da deposição de esgotos *in natura* a céu aberto ou diretamente nos cursos de água.

Com respeito a Granjeiro, a audiência pública relativa ao diagnóstico ocorreu dia 29 de novembro de 2011 e, assim como aconteceu em todos os outros locais, foi ressaltada a preocupação com a universalização do acesso ao saneamento básico e a expectativa de melhoria dos índices de saúde após a universalização.

Lembraram que a solução do abastecimento de água através da implantação de cisternas é meramente paliativo por não se ter água no decorrer do ano todo, em função das estiagens.

Foi levantada, também, a necessidade de ligações sem custo, tanto de água como de esgotamento sanitário para a população carente.

Por ocasião da audiência de prognóstico ocorrida em 29 de fevereiro de 2012 foi levantada a preocupação com a sustentabilidade do PMSB, com o controle social e com a necessidade de regulação do saneamento básico.

Além disto, foi lembrada a exigência do PMSB para a obtenção de recursos onerosos ou não onerosos da União para utilização no setor de saneamento básico.

Foi dito pelos representantes da sociedade civil que o manancial que abastece a cidade está sendo utilizado de maneira imprópria pela comunidade, principalmente, com lavagem de roupas.

Os presentes pediram uma maior fiscalização para preservar o manancial, mas, lembraram da necessidade de ser destinado local apropriado para as lavadeiras

exercerem suas atividades sendo proposta a construção de uma lavanderia comunitária. Também foi dada a informação que parte da população está consumindo água de poços contaminados, tendo sido constatada a existência de coliformes fecais, nesses poços.

Daí depreendemos que se deve investir, também, em educação ambiental, paralelo às instalações de rede de abastecimento de água e esgotamento sanitário.

Foi questionada a qualidade das cisternas de placa em função de possíveis vazamentos nelas existentes

Estivemos em Barreira para conversar com a comunidade e aplicar entrevista: foram reunidas 21 pessoas que representavam a sociedade local : sindicalistas, lideranças comunitárias, professores, estudantes, diretores de colégio e funcionários públicos, este extrato da sociedade local de alguma forma tinha tomado conhecimento do PMSB de Barreira. Destes, apenas três se acharam capacitados a responder nossas indagações: O Secretário de Meio Ambiente e dois funcionários da prefeitura que tinham participado da elaboração do plano.

Já em Granjeiro, falamos com o prefeito que nos encaminhou para tratar do assunto com o Secretário de Infraestrutura, que acumula suas funções com a de empresário do ramo de diversões em Juazeiro e que desconhecia a existência do PMSB de Granjeiro pois, segundo ele nos falou, a administração anterior não repassou nem o plano de saneamento nem plano algum e até queimou os arquivos da prefeitura municipal deixando ainda as portas fechadas e deram fim às chaves. A nova administração teve que arrombar as portas e trocar as fechaduras para poder adentrar ao prédio da prefeitura e se instalar, falou que até agora não tinham conseguido abrir um cofre que tem no prédio da prefeitura.

O Secretário pediu para ficar com minha cópia do PMSB do Município de Barreira e pediu tempo para ler o plano e conversar com o prefeito e também com o engenheiro da prefeitura para responder as questões referentes ao item VII da entrevista, que dizem respeito à implementação do plano. Em nossa reunião com o Secretário de Infra Estrutura e a secretária do prefeito eles informaram também, que o Município não tem pessoal habilitado nem para executar nem para fiscalizar o PMSB de Granjeiro. A secretária que a dificuldade de comunicação deve-se ao fato da prefeitura ter sido recebida pelos atuais gestores com os telefones cortados e, sem iluminação por causa

das dívidas com a Coelce. Fizemos inúmeras tentativas para voltar a conversar sobre o plano, mas, não obtivemos êxito.

Está patente, nesse caso, a gama de dificuldades que existem para a implantação dos PMSBs:

- falta de gestão;
- Desconhecimento do plano;
- Falta de interesse dos gestores;
- Inexistência de equipes capacitadas para implantar e manter tecnicamente o plano;
- Desconhecimento por parte da população ;
- Não entrosamento das áreas de infraestrutura e saúde;

3.4– A Política de Saneamento e a Busca da Universalização

Segundo nos afirma Borja (2004), A política de saneamento no Brasil, como outras políticas setoriais, vem sendo traçada para atender ao modelo de desenvolvimento adotado no País que, por sua vez, tem estado articulado à lógica do capital internacional e nacional. As Instituições Financeiras Internacionais (IFI), apoiadas pelas elites nacionais, têm influenciado na definição de políticas para o setor. Essas instituições participaram ativamente na concepção e implementação do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), na década de 70; no seu desmonte na década de 80; e, na década de 90, no bojo do projeto neoliberal de reforma do papel do Estado no campo das políticas públicas, apresentaram como alternativa para o setor, a privatização dos serviços. Há tempos que vivemos uma verdadeira dicotomia; ora a privatização do saneamento básico é a solução para a sua universalização, ora ela só será atingida através de órgãos do estado.

Turolla (2011) afirma que: “O horizonte de tempo necessário para a universalização dos serviços de saneamento básico é estimado, usualmente, em décadas ou até mesmo na unidade de século”.

Ele elenca algumas ações necessárias para a redução do horizonte temporal estimado para a universalização dos serviços de saneamento básico nas áreas urbanas, e que considera poderosos catalizadores para a redução deste tempo:

- 1- A promoção da regulação independente;
- 2- A promoção de esforços de planejamento mais custos-efetivos;

- 3- Uma melhoria no sistema de financiamento público;
- 4- Envolvimento da população em formas efetivas de controle social; e
- 5- Avanço no ambiente legal, especialmente no tocante às dúvidas da titularidade.

Conforme nos afirma Balbontin (2011) O acesso à água potável e saneamento básico torna possível a satisfação de necessidades básicas e contribui decisivamente para o desenvolvimento humano, com efeito multiplicador em educação, alimentação e saúde. Por isso, o setor de água potável e esgotamento sanitário é, necessariamente, parte da agenda social e econômica dos países. Isso determina que cada país deve ter estratégias claras e inequívocas do caminho a seguir, é desejável que eles não correspondem a políticas definidas em um programa de governo, mas que sejam políticas de Estado.

O acesso universal aos serviços de água potável e esgotamento sanitário é um dos pilares da luta travada para a diminuição da pobreza. A sua realização depende de políticas macro econômicas sólidas, bem como de estratégias de desenvolvimento focadas em políticas sociais e econômicas que visam melhorar a renda familiar, geração de emprego e, fundamentalmente, o acesso à alimentação, moradia, saúde, educação, água e saneamento, que são a base para o efetivo desenvolvimento dos países

A cobertura insuficiente e a baixa qualidade da água potável e esgotamento sanitário vão não só prejudicar a saúde da população e contribuir para o agravamento da pobreza, mas, também afetam o meio ambiente, o desenvolvimento econômico, a inclusão de países em uma economia globalizada, a estabilidade política, a coesão social e a disponibilidade de água para vários usos, tanto relacionados ao desenvolvimento produtivo como os interesses social e ambiental.

Além disso, a condição de pobreza que exclui o acesso a serviços de abastecimento de água potável e saneamento se torna uma condição difícil de superar, porque está associada com fome e doenças de origem hídricas, impedindo o emprego e a renda estável e afetando a frequência escolar, impactando negativamente a capacidade de quebrar no futuro o ciclo da pobreza.

O setor de saneamento básico abrange a água potável e o esgotamento sanitário, no entanto, as grandes crises nos países da região sul americana, associadas a fatores que geraram um gap significativo, com lacunas que enfrentam o enorme desafio assumido pelos países em desenvolvimento, para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Embora o acesso à água potável para a maioria da população é, sem dúvida, a questão mais urgente, os aspectos tais como a continuidade do serviço, a qualidade da água potável e não apenas de forma eficaz encanada, são aspectos que afetam a qualidade de vida, juntamente com a adequada condição para a descarga de águas residuais e seu tratamento, numa perspectiva de proteção da saúde humana, a diminuição de focos de infecção e a preservação do meio ambiente.

As deficiências de serviços afetam, principalmente, a população de baixa renda. De acordo com informações, do BID (2007), 70% de pessoas sem acesso à água potável e 84% daqueles sem esgotamento sanitário, têm o correspondente a dois quintos na baixa renda. A maioria deles está concentrada em áreas peri-urbanas, principalmente em cinturões de pobreza existentes na periferia de grandes e médias cidades .

A população sem acesso à água potável é forçada a mecanismos alternativos (tais como fontes públicas, poços individuais, conexões ilegais à água potável, coleta de águas pluviais e coleta de água de rios, lagos, ou outros corpos d'água sem tratamento). Muitas dessas soluções não garantem a qualidade da água obtida, principalmente devido ao aumento da poluição da água.

Quanto ao saneamento (esgotamento sanitário), no início de 2000 apenas 49% da população da região foi ligado aos sistemas de esgotos convencionais e outros 31% utilizam sistemas de saneamento "in situ" (OPAS, 2001). Alterar metodologias de medição determinou que as estimativas JMP (Programa de Monitorização Conjunta para o Abastecimento de Água Potável e Saneamento) da OMS/UNICEF mudassem valores e reduziu esses números para 75% em 2000 e 80% até 2008 (UNICEF / OMS, 2010). Sob este pano de fundo, os níveis de cobertura, em 2000, indicavam que cerca de 103 milhões de pessoas não tinham acesso a serviços de remoção das águas residuais e

excrementos, dos quais 37 milhões (10%) corresponderam a áreas 66 milhões de áreas urbanas e rurais. JMP para medir a quantidade de pessoas na região, sem acesso a instalações sanitárias melhoradas totalizaram 130,3 milhões em 2000 (25% da população total) e 115,2 milhões em 2008 (20% da população total) (UNICEF / OMS, 2010).

Esta situação é agravada pelo uso generalizado de "*in situ*" de sistemas que, embora possa ser considerado uma alternativa adequada em áreas rurais, onde 41% da população depende deles, eles não são a solução tecnológica adequada em áreas urbanas, onde 27% da população estão a utilizá-las, em grande parte, por problemas de poluição das águas subterrâneas que estas práticas estão causando em algumas cidades.

Na maioria dos países da região, o tratamento de águas residuais em áreas urbanas, embora tenha dobrado nos últimos anos, continua a ser baixa. Isto é, em média, apenas 28% do esgoto coletado.

Como resultado, muitos corpos de água, particularmente aqueles perto de grandes cidades estão altamente poluídos. A qualidade das águas subterrâneas também foi prejudicada como resultado de manuseio inadequado de vazamento de esgoto, drenagem, a destruição de áreas de recarga, de expansão urbana e super exploração e uso não sustentável dos aquíferos.

Muitas instituições concessionárias são ineficientes e têm enormes dificuldades de atender às demandas de provisão e expansão. O que é especialmente preocupante é que a taxa de superar os problemas de cobertura tem sido pequena o que tem consolidado uma situação de exclusão social em muitos países (UNICEF / OMS, 2010).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES:

Em nosso entendimento a água que é o bem mais valioso da humanidade pode cair nas mãos gananciosas de empresários nacionais e/ou de grupos estrangeiros. O resultado seria um retrocesso sem igual, com milhões de brasileiros excluídos dos serviços básicos de água e saneamento, levando com isso o setor de saúde à beira do colapso, já que os dois se complementam. Neste contexto também milhares de trabalhadores com conhecimento técnico seriam demitidos para a contratação de mão de obra barata, inexperiente e com baixos salários tal como aconteceu nos casos de

privatização das TELE e das Companhias Energéticas como a COELCE.

A não privatização da água é uma garantia do acesso ao serviço de abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto para todo cidadão brasileiro, já sua privatização seria um retrocesso e excluiria milhões de brasileiros do acesso a esses serviços e consequentemente afetaria sobremaneira o setor saúde e o meio ambiente. Na visão de alguns, já está sendo preparado o caminho para a privatização do saneamento básico, a transformação desse serviço público de elevada necessidade social em mercadoria, vez que a Lei 11.445, de 5 de janeiro de 2007 afirma em seu artigo 2º que

: “Os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais”. Vejamos o que diz o inciso VII “eficiência e sustentabilidade econômica” ou traduzindo: se for rentável, se tiver mercado, o serviço existirá. O inciso VIII deixa mais claro ainda: “a utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas”. Ou seja o governo não se propõe a financiar esse serviço essencial para a saúde e contradiz o próprio Ministério da Saúde que reconhece que, para cada R\$ 1 investido em saneamento básico, se economiza R\$ 4 na saúde.

Segundo nos afirma o coordenador da Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental (FNISA), o saneamento básico ainda requer grandes somas de investimento até que se atinja a universalização do acesso, principalmente em áreas carentes onde vivem as pessoas de mais baixa renda. Essas áreas, pelas quais o setor privado não tem interesse, só terão sua realidade transformada com forte presença do Estado, indutor do desenvolvimento e da melhoria da qualidade de vida.

A busca incessante do lucro é incompatível com a necessidade de superação dos desafios da universalização. Nesse sentido, é preciso reafirmar o papel insubstituível do poder público na gestão e operação dos serviços públicos de saneamento básico.

De acordo com o Instituto Trata Brasil o ritmo de expansão da cobertura de saneamento no Brasil caiu da média de 4,6% ao ano, na década passada para 4,1% ao ano, nesta década isto nos colocou na 112ª posição entre duzentos países enquanto o Equador aparece em 10º, Chile em 14º, Uruguai em 20º e Argentina em 24º lugar.

Um dos grandes desafios do setor para os próximos anos é reduzir a disparidade entre nossas cidades. Entre as 100 maiores cidades brasileiras, a primeira do ranking,

Franca, no interior de São Paulo, tem 100% de cobertura de água e de esgoto (sendo que 98% do esgoto coletado é tratado) e tem um índice de perdas de 16%. Enquanto isso, Porto Velho tem apenas 2% de cobertura de esgoto e 33% de água com 71% de perda de água entre a captação e a entrega ao consumidor. Porém, a meta de universalizar o saneamento básico até 2030 está se tornando uma utopia. Estimou-se que são necessários 313 bilhões de reais, ou seja 16 bilhões de reais por ano. Sabe-se que nos últimos três anos a média ficou em 8,5 bilhões de reais anuais. Continuando nesse ritmo alcançaremos a universalização do saneamento básico somente em 2050.

E, no caso específico do Ceará, um dos estados mais pobres da Federação, fica cada vez mais longe a universalização do acesso ao saneamento básico pelas mesmas razões que historicamente têm contribuído para a não melhoria desse e de outros serviços públicos: vontade política, dinheiro suficiente e principalmente gestão de serviços e formação e capacitação dos recursos humanos para fazer frente ao desafio de conceber, projetar, implantar, operar, manter e avaliar ações e serviços públicos de saneamento básico.

Segundo Eduardo Giannette da Fonseca afirmou no programa “Roda Viva” da TV Cultura de 30 de maio de 2011

nós somos um país em que as condições iniciais, em que as pessoas começam a sua vida e vêm ao mundo são absurdamente desiguais. A condição social em que a criança vem ao mundo é quase determinante do tipo de vida que ela vai ter pelo resto da vida, e isso nós temos que corrigir; tem uma descoberta recente sobre o saneamento básico, que é uma coisa impressionante, isso deveria estar no centro de um projeto de futuro do Brasil: uma criança de 0 a 2 anos consome 87% de energia metabólica para a constituição do cérebro; se esta criança pega uma doença forte, crônica, um parasita ou tem uma diarreia muito forte neste período crítico da formação do cérebro isso compromete sua formação neural para o resto de sua vida. Um país onde metade dos domicílios não tem saneamento básico está condenando uma proporção gigantesca de crianças a doenças crônicas, parasitas e diarreias que vão comprometer sua capacidade cognitiva para toda a vida. “Chegamos ao século XXI sem termos resolvido um problema da agenda social do século XIX, que é o saneamento básico” (EDUARDO GIANNETTE DA FONSECA, 2011).

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Sonia E, DAGNINO, Evelina e ESCOBAR, Arturo. Introdução: O cultural e o político nos movimentos sociais latino-americanos. In: **Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos**. Sonia Alvarez, Evelina Dagnino e Arturo Escobar (Org) Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 15- 57.

ARAÚJO, Tânia Bacelar de. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro**: heranças e urgências. Rio de Janeiro: Revan. 2000. Parte 2. Desenvolvimento do Nordeste p. 143-240.

ARRETCHE, Marta. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elisabeth Melo (Org). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez/Instituto de Estudos Especiais, 1998, p. 29-39

AVRITZER, Leonardo. **A dinâmica da participação local no Brasil**. Belo Horizonte: Cortez, 2009.

AZEVEDO, Newton Lima. **O que fazer depois do fim do PLANASA?** Disponível em: http://www.abdib.org.br/index/opiniaio_abdib_detalhes.cfm?id_opiniaio=159. Acesso em: 13 de maio de 2013.

BALBONTIN, Patrício. - **Cadernos INESP -nº 04 - Acesso Universal à água e Saneamento: Problemas de um desafio pendente**. São Paulo, 2011.

BARAT, J. O financiamento da infra-estrutura urbana: os impasses, as perspectivas institucionais, as perspectivas financeiras. In: IPEA. **Infra-estrutura**: perspectivas de reorganização (financiamento), Brasília. 1998.

Basílio Sobrinho, Geraldo. **Planos municipais de saneamento básico (PMSB):** uma análise da universalização do abastecimento de água e do esgotamento sanitário. 2011.

BORJA, Patrícia Campos. (2004). **Política de saneamento, instituições financeiras internacionais e mega-programas: um olhar através do Programa Bahia Azul.** 2004. 400f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

BRASIL, Lei nº 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico: altera as Leis nºs 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, revoga a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 jan. 2007.

BRASIL, CNM - Cartilha Saneamento Básico-Panorama do Setor no Brasil.2005, p. 11.

BUFF, Sonia Rosalie. **A história do saneamento básico – como tudo começou-2010 –** Organização Elo Ambiental – Disponível em: <http://www.eloambiental.org.br> . Acesso em: 26 jul. 2013.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: Um olhar Crítico sobre a América Latina no Século XXI. In: **Poder e Políticas Públicas na América Latina.** Fernando José Pires Sousa (Org). Fortaleza: Edições UFC, 2010, p.171 a 200.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil:** o longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2001.p.218.

CEARÁ. Lei nº 12.786, de 30 de dezembro de 1997. Institui a Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará. Disponível em: <http://www.arce.ce.gov.br/download/leiger-12786.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

CEARÁ. Lei nº 14.394, de 07 de julho de 2009. Define a atuação da Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará – ARCE, relacionada aos serviços públicos de Saneamento Básico, e dá outras providências.

CLARK, Giovani; NASCIMENTO, Samuel Pontes do; CORRÊA, Leonardo Alves. Estado regulador: uma (re) definição do modelo brasileiro de políticas públicas econômicas. In: **ENCONTRO PREPARATÓRIO PARA O CONGRESSO NACIONAL DO CONPEDI.** 2008, p.15

Cartilha saneamento básico (CNM) - **Panorama do Setor no Brasil.** 2005.p.11

DALARI, Dalmo de Abreu. **Teoria geral do Estado.** São Paulo: Saraiva, 1998. p.2

DEMO, Pedro. **Cidadania pequena.** Campinas: Autores Associados, 2008.

FIGUEIREDO, Marcus Faria & FIGUEIREDO, Argelina Maria Cheibub. **Avaliação política e avaliação de políticas:** um quadro de referência teórica, in: Textos IDESP, n.15, 1986.

Fonseca, Eduardo Giannetti da. **Wikiquote**. Desenvolvido pela Wikimedia Foundation. Apresenta conteúdo enciclopédico. Disponível em: <http://pt.wikiquote.org/w/index.php?title=Eduardo_Giannetti_da_Fonseca&oldid=144377>. Acesso em: 11 Nov. 2014.

FREY, Klaus. **Crise do Estado e Gestão Municipal**: a política ambiental em Santos e Curitiba. In: Revista de Ciências Humanas, v.13, n. 17/18, 2/1996, p.165-191, 1995

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Manual de saneamento**. 3. ed. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

FUNASA. (1999). Manual de Saneamento. Brasília.

FURTADO, Celso. **Pequena introdução ao desenvolvimento** – Enfoque Interdisciplinar. São Paulo: Editoras Nacional, 1980. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção).

GALVÃO JUNIOR, Alceu. Falta plano de saneamento em 97% das cidades do Ceará. Diário do Nordeste, Fortaleza, 8 fev. 2012. Caderno Regional, p.2-3.

_____. **Papel da regulação na universalização dos serviços públicos**. In: Revista ARCE – 10 anos. Luís Sérgio Santos (Coord.) Ceará. 2008. p. 31-33.

_____. **Regulação e universalização dos serviços de água e esgoto**: estudo do nordeste brasileiro. 2008. 202f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo.

GATTI, Bernardete Angelina. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília: Liber Livro, 2005. p.7-9.

GUSSI, Alcides Fernando e MUNIZ, Cátia Regina. **Textos e anotações de aula do Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará – UFC**. Fortaleza-Ce, 2008.

HELLER, L. (1996). “Quadro Institucional e Legal do Setor de Saneamento no Brasil” in Anais do VII Simpósio Luso-Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, Lisboa (Portugal), 7-11 Set., pp. 32-43

HELLER, L.; NASCIMENTO, N. **Pesquisa e desenvolvimento na área de saneamento no Brasil**: necessidades e tendências. Eng Sanit Ambient., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 24 a 35, jan./mar. 2005.

HELLER, Léo; TEIXEIRA, Julio Cesar. Os desafios do saneamento básico no Brasil. Eng Sanit Ambient., Rio de Janeiro. p.2, jun 2011.

HOLANDA, Nilson. **Avaliação de programas** - conceitos básicos sobre avaliação “EX POST”. Fortaleza, ABC Editora, 2006.

IBGE, 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/servidor_arquivos_est . Acesso em: 15 jun. 2013.

IBGE. Pesquisa nacional de saneamento básico 2000. Brasília: IBGE, 2000.

IBGE. Pesquisa nacional de saneamento básico 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE. Pesquisa nacional de saneamento básico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

IPEA. Déficit de acessos ao setor de saneamento básico no Brasil – 2006. Brasília: IPEA, 2006.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica.** Revista Katál. Florianópolis, v.10, n.esp, 2007, p. 37 – 45.

LUCENA, A. F. de. **As políticas públicas de saneamento básico no Brasil: reformas** v. 1, n. 1, p. 41-52, jan./jun. 2002. Disponível em: www.mercator.ufc.br/index . Acesso em: 25 ago. 2011.

MELLO, M. F. **Privatização do setor de saneamento no Brasil: quatro experiências e muitas lições.** Textos para Discussão da PUC-RIO, Rio de Janeiro, n. 447: p. 1-23, set. 2001.

MELO, Marcus André. As Sete Vidas da Agenda Pública Brasileira. In: Elizabeth Melo Rico (org.): Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998, p.11-28

MELQUIADES JUNIOR, Falta plano de saneamento em 97% das cidades do Ceará. Diário do Nordeste, Fortaleza, 8 fev. 2012. Caderno Regional, p.2-3.

MINAYO. Maria Cecília. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MOREIRA, Terezinha. A hora e a vez do saneamento. **Revista do BNDES**, v. 5, n. 10, p. 189-216, 1998.

MOTA, 2012, Jornal O ESTADO em 4 de julho de 2012.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. FERREIRA, Leila da Costa. **Aula Inaugural.** IFCH – Unicamp: Campinas, 1994.

OLIVEIRA, Valéria Rezende de. Reflexões sobre a Política de assistência no Brasil. **Revista administração pública**, v. 24, n. 1, p. 74-87, 1989.

OMS (Organização Mundial de Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Water for Life: Making it Happen. Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation, Genebra. 2005.

_____. Organização Mundial da Saúde. **Progress on Sanitation and Drinking – Water: 2010 Update Report.** Genebra, Suíça, 2010.

ONU, World Water Development Report - **Water for People Water for Life.** UNESCO Publishing e Berghahn Books, Barcelona. 2003.

_____. Organização das Nações Unidas. Projeto do Milênio das Nações Unidas 2005. **Investimento no desenvolvimento: Um plano prático para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Visão Geral.** Nova Iorque, EUA, 2005.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2006 - A água para lá da escassez: poder, pobreza e a crise mundial da água. Brasil, 2006.

PNUMA, Perspectivas do Meio Ambiente Mundial GEO-3, Estado do Meio Ambiente e Retrospectivas Políticas: 1972-2002. Brasil, 2004.

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

RODRIGUES, Marcela Marinho. **Desafios para a realização da avaliação fidedigna dos programas sociais.** Revista Igualdade, n. XLIII, v. II, março 2008, p. 47 – 62.

SABÓIA, Luís Alberto Aragão. **Desafios para a consolidação da regulação de serviços públicos no estado do Ceará.** 2007. 170f. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SANTOS, Boaventura de Sousa e AVRITZER, Leonardo. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** Boaventura de Sousa Santos (Org). Porto: Edições Afrontamento, 2003, p. 39 – 69.

SARAVIA, Enrique. **O conceito de política pública.** In: Organizadores: Enrique Saraiva e Elisabete Ferrarezi. Políticas Públicas: coletânea – v.1. Brasília: ENAP, 2007. p.13-18.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. p. 2-11

SILVA, Alexandre Vitorino da. **Agências regulatórias e o seu poder regulamentar em face do princípio da legalidade.** Extraído do JUS NAVEGANDI -ano 7, nº 61 – 2003.

Silva, Edson Aparecido da e Guterman, Ricardo. A farsa das concessões privadas. Disponível em www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1272. Visitado em 28 de outubro de 2014.

SILVA, Eugênio Ribeiro; RODRIGUES, Neffer André Torma; PAIVA, Maria Cristina Pereira de. **Políticas públicas e o saneamento básico em Natal: uma análise da Lei 11.445.** 2009. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/humanidades2009/Anais/GT09/9.2.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2013.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos.** Maria Ozanira da Silva e Silva (Org). São Paulo: Veras Editora; São Luiz: GAEPP, 2008, p. 89-177.

Sousa, Ana Cristina Augusto de. **Por uma política de saneamento básico**: a evolução do setorno Brasil, 2006. Disponível em: http://www.achegas.net/numero/30/ana_cristina_30.pdf. Acesso em: 17 de novembro 2013.

SOUZA JÚNIOR, Carlos de; SILVA, Flaviane de Oliveira. Planos de saneamento básico: estratégias para verificação do cumprimento de metas para os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário. Vol. II. In: **Regulação**: Normatização da Prestação de Serviços de Água e Esgoto. Alceu de Castro Galvão Júnior (Org) e Marfisa Maria de Aguiar Ferreira Ximenes (Org). Ceará: Expressão Gráfica e Editora, 2009. p. 311.

SOUZA, M. S. de. **Meio ambiente urbano e saneamento básico**. Mercator, Fortaleza: Universidade Federal do Ceará - UFC, Programa de Pós-Graduação em Geografia. - Revista de Geografia da UFC, ano 01, número 01, 2002.p. 41.

SUDENE. (1987). Proposições para uma Nova Política de Saneamento Básico. 2. ed. Recife, Pernambuco.

TAVARES, Soraia. Falta plano de saneamento em 97% das cidades do Ceará. Diário do Nordeste, Fortaleza, 8 fev. 2012. Caderno Regional, p.2-3.

TELLES, Vera da Silva. Pobreza e cidadania: figurações da questão social no Brasil moderno. In: **Direitos sociais**: afinal do que se trata? Vera da Silva Telles. Belo Horizonte: UFMG, 1999, p. 77-134.

TUROLLA, F. A. **Política de saneamento básico**: avanços recentes e opções futuras de políticas públicas. Textos para Discussão do IPEA, Brasília, nº 922: p. 1-26, dez. 2002.

UN-Water. Water for cities: responding to the urban water challenge. Itália, p. 8, 2011.

XIMENES, Marfisa Maria de Aguiar Ferreira. **A experiência cearense no setor de saneamento básico**. In: Revista ARCE – 10 anos. Luís Sérgio Santos (Coord). Ceará. 2008. p. 53-57.

_____. Apresentação. In: **A informação no contexto dos planos de saneamento básico**. 2010. Expressão Gráfica, Ceará. P. 25.

ZALUAR, Alba. **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1985.

