

O Setor de Saneamento no Brasil: da descentralização para a centralização

DEMÉTRIUS RODRIGUES DE FREITAS FERREIRA*

Resumo

O artigo buscou refletir sobre a conformação do setor de saneamento no Brasil e contribuir com o debate existente sobre a qualidade da gestão dos serviços. Baseado em revisão da literatura e consulta de fontes oficiais, a análise abarcou desde sua institucionalização no final do século 19 e início do século 20, buscando nesse passado explicações para o modelo atual centralizado e suas conseqüências: baixos índices de atendimento à população, a exclusão social no acesso aos serviços, a poluição dos cursos hídricos e do meio ambiente.

Palavras-chave: Setor de Saneamento; Centralização; Descentralização; Exclusão social; Poluição Ambiental.

Abstract

The article aims to reflect on the conformation of the sanitation sector in Brazil and contribute on the debate to the quality of service management. Based on the literature review, analysis spanned from the beginning of its institutionalization in the late 19th century and early 20th century, seeking explanations in the past to current centralized model and its consequences: low rates of service to the population, social exclusion, access to services, pollution of water courses and environment.

Key words: Sanitation Sector; Centralization; Decentralization; Social Exclusion; Environmental Pollution.



* **DEMÉTRIUS RODRIGUES DE FREITAS FERREIRA** é Sociólogo, mestrando em desenvolvimento urbano (UFPE)

Introdução

O modelo institucional do setor de saneamento no Brasil, atualmente, foi concebido ainda sob o regime militar (1964-1985). Diante da limitação na oferta dos serviços de saneamento na época e no, conseqüente, grave problema de saúde que tal carência representava, o Estado passou a incrementar fortemente os investimentos nessa área.

No entanto, antes do período militar os serviços estavam situados no âmbito da esfera municipal e eram de atribuição local. Vigorava um modelo descentralizado de gestão no qual os municípios exerciam sua execução direta (por órgãos de administração direta, tais como, secretarias, departamentos ou serviços autônomos) ou indiretamente (por autarquias, empresas públicas ou privadas). Porém, diante dos baixos índices alcançados (estima-se que até 1967 o Brasil contava apenas com 26,4% de abastecimento de água e 15,6% de esgotamento sanitário), as condições sanitárias eram precárias, atribuindo-se ao problema a natureza local dos serviços como incapaz de dar solução ao problema, pois, mesmo que uma cidade, ou um grupo de cidades, pudessem resolver a questão sanitária em sua circunscrição estas ainda permaneceriam ameaçadas pelas outras que não agissem (CARVALHO, 2010).

Segundo Carvalho (2010) apud Hochman (1990), a saúde era uma questão pública nacional e a interdependência sanitária necessitava de uma autoridade central capaz de implementar políticas em todo o país, desconhecendo as fronteiras locais e regionais, pois, até então, os investimentos eram pulverizados de acordo com os ditames políticos locais.

Outra crítica que foi feita à gestão local, na época, ficou por conta do comportamento “oportunista” de aproveitar as verbas disponíveis para a realização de obras superdimensionadas, desperdiçando os recursos públicos (FIRSZON, 1990).

O caminho percorrido para a centralização não ocorreu de imediato, seu início se deu com a criação do Banco Nacional de Habitação (BNH) em 1964, o qual representou o começo do padrão de intervenção centralizado nos serviços de saneamento e habitação (MARICATO, 1987; FIRSZON, 1990; LUCENA, 2006).

Estima-se que a população brasileira passou a ser predominantemente urbana a partir da década de 70, fruto de uma política de industrialização tardia que incentivou massivamente o êxodo do campo para a cidade, conforme pode ser visto na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1 – Taxa de Crescimento da População Urbana em Relação à População Total Brasileira

Ano	População Total	População Urbana	Taxa De Urbanização
	Mil habitantes	Mi habitantes	(%)
1950	51.944	19.783	36%
1960	70.944	31.303	45%
1970	93.139	52.085	56%
1980	119.003	80.436	68%

1991	146.917	110.876	75%
2000	169.799	137.961	81%
2010	190.732	160.214	84%

FONTE: IBGE (2010)

Esse processo de urbanização intensiva provocou uma grande demanda por serviços públicos. O próprio BNH foi criado sob o discurso de garantir o atendimento das necessidades básicas da classe trabalhadora, a casa própria (MARICATO, 1987). No que tange à necessidade pelos serviços de saneamento, há uma relação muito próxima entre a política de habitação e saneamento, não sendo possível conceber uma sem a outra, devido à relação intrínseca que se estabelece entre estes serviços de natureza distinta.

Em 1968, foi criado o Sistema Financeiro de Saneamento (SFS) com vistas a financiar a política nacional de saneamento e centralizar os recursos destinados para tal fim¹. Segundo Heller (2008) seus recursos eram provenientes de:

- No âmbito federal – BNH, por meio do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), da caderneta de poupança, letras imobiliárias e recurso orçamentário repassado a fundo perdido;
- No âmbito estadual – Fundos de Financiamento de Águas e Esgotos² (FAE's),

¹ Na década de 60 os recursos eram destinados ao saneamento por meio de 15 de órgãos diferentes somente na esfera federal, como também eram destinados de maneira fragmentada e não estruturante (FIRSZON, 1990).

² Os FAEs foram instituídos como mecanismo de capitalização dos recursos a serem investidos em saneamento, devendo ser gerenciados pelos

recursos captados e repassados pelo BNH e recursos orçamentários dos estados e municípios;

- No âmbito municipal – por meio de contrapartidas dos municípios ao BNH e aos FAE's;
- Recursos externos – via BNH.

Esse sistema de financiamento incentivou o modelo de gestão dos serviços baseado nas Sociedades de Economia Mista (SEM), onde se fazia presente à idéia de racionalidade na prestação do serviço através do uso de tarifas como instrumento de custeio. Inclusive o próprio SFS, na década de 1960, incentivou os municípios, através de financiamento, que prestassem os serviços por autarquias ou sociedades de economia mista. No entanto, posteriormente os municípios foram impedidos de acessar os recursos oriundos do SFS, o qual passou a financiar somente as Companhias Estaduais de Saneamento (CESB's) (CARVALHO, 2010).

Por meio da estratégia de financiamento proposta, em 1971, foi estabelecido como pré-condição de acesso aos recursos do SFS a concessão dos serviços de saneamento municipais às CESB's, através de contratos de

governos estaduais, e no futuro possibilitarem a autonomia financeira do sistema. O eixo fundamental de sua existência era assegurar uma fonte de recursos permanente e auto-sustentável.

concessão. Essa medida garantiu a adesão compulsória de um grande número de municípios que se encontravam fragilizados financeiramente após a reforma tributária de 1965 (CARVALHO, 2010). A rigor essa exigência alijou os entes municipais da discussão a respeito da gestão dos serviços³, além de delinear a tendência concentracionista proposta pelo governo federal⁴ na época.

Nesse ponto, foi posto em prática o Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), em 1971, sendo criada uma Companhia Estadual de Saneamento para cada estado da federação brasileira. Essas companhias ficaram responsáveis pelo planejamento e execução da política federal de saneamento de forma regionalizada, atendendo seus respectivos estados.

Os municípios que não aderiram a esse sistema e mantiveram os serviços de saneamento sob a esfera de gestão municipal, tiveram que sobreviver com a falta de incentivo do governo federal, inclusive mais tarde, em 1984, esses municípios fundaram a Associação

Nacional dos Serviços Municipais de Saneamento (ASSEMAE) defendendo os interesses municipais na gestão dos serviços de saneamento.

Além do mais, o montante de recursos viabilizado pelo SFS necessitou da produção desse serviço em escala industrial, legitimando a prática da economia de escala⁵, como forma prover esse serviço da forma mais eficiente possível. Tal característica beneficiava a criação de empresas de grande porte que prestassem o serviço de forma regionalizada, ao invés da forma localizada que vinha acontecendo no âmbito da esfera municipal de gestão até então (RESENDE, 1994; CARVALHO, 2010; VASCONCELOS, 2011). Por trás da necessidade de se expandir os serviços de saneamento básico estava a lógica econômica de privilegiar os grandes investimentos⁶.

A partir do momento que incentivou-se a centralização na gestão dos serviços de saneamento, observou-se uma ruptura com a tradição local do setor, ocorrendo à migração do poder político e da gestão para os estados e destes para a União, através do BNH. O modelo descentralizado foi reestruturado, houve uma redefinição no padrão de intervenção pública no sentido de superar as limitações existentes atribuídas as vicissitudes do poder local

³ A exclusão da esfera municipal sobre as decisões na gestão dos serviços de saneamento foi tão emblemática que algumas cidades nem o contrato de concessão celebraram e ainda tiveram seus serviços operados pelas companhias estaduais, como é o caso de Recife e Curitiba.

⁴ Vale salientar que com o Ato Institucional 2 (AI-2) (1965) o poder federal expandiu-se para as esferas estaduais e municipais e em seguida com o AI-3(1966), as eleições para governadores estaduais e municipais, das áreas consideradas de segurança nacional, passam a sofrer intervenção com a nomeação direta de governadores e prefeitos. Outro ponto não menos importante que corrobora a argumentação diz respeito a reforma tributária ocorrida em 1965, onde os municípios, responsáveis legais pelos serviços de saneamento, foram enfraquecidos (HELLER, 2008).

⁵ Economia de escala acontece quando se consegue o máximo de produção com o mínimo de custos.

⁶ A construção de grades adutoras, sistemas de abastecimento, coleta e tratamento se dava sem levar em conta a capacidade operacional dos projetos. As CESB's, enquanto empresas constituídas sob inspiração desenvolvimentista estavam fundamentadas na necessidade de expansão da infraestrutura do setor, sem considerar a operação dos sistemas construídos, ocasionando a formação de empresas públicas deficitárias (FIZON, 1987; RESENDE, 1994; VASCONCELOS, 2009).

onde se abriu espaço para a concentração dos recursos financeiros e centralização decisória. A seguir, apresentam-se outros argumentos que endossaram o alijamento da esfera municipal na gestão dos serviços em questão⁷:

- Uso de política clientelística;
- Práticas paternalistas na tarifação dos serviços;
- Incapacidade técnica, financeira e administrativa;
- Obras desnecessárias;
- Considerável grau de ingerência dos políticos na tomada de decisão, formulação e implantação dos serviços;

Todavia, a centralização dos serviços em Companhias estaduais não significou uma solução para os problemas sanitários no Brasil. Apesar de termos nos limitado a abordar apenas o processo de centralização na gestão desses serviços, assinalando os argumentos empregados para tal caminho, hoje nos deparamos com um modelo centralizado ineficiente que apresenta índices de atendimento a população brasileira distantes da universalização. Segundo dados do Instituto Trata Brasil (2013), baseado no Censo de 2010, o atendimento global com água potável no Brasil é de 81,1% e o atendimento geral de coleta de esgoto sanitário é de 46,2% no Brasil, onde deste total apenas 37,9% recebe algum tipo de tratamento.

⁷ FISZON, 1990; RESENDE, 1994; ARRETCHE, 1999; LUCENA, 2006; HELLER, 2008; CARVALHO, 2010.

Procedimento Metodológico

Esta exposição foi fruto de uma revisão de literatura e consulta de fontes oficiais (IBGE, 2010). A análise abarcou desde sua institucionalização no final do século 19 e início do século 20, quando o país buscava a construção de um arcabouço institucional que permutou da descentralização para a centralização.

Conclusão

A partir destes dados apresentados, podem ser destacados alguns pontos conclusivos:

1. Evidenciou-se que a centralização na gestão dos serviços de saneamento não representou uma solução no setor;
2. Observa-se que os índices de atendimento atuais são precários e implicam em exclusão social pela falta de atendimento de parte considerável da população (19% da população não possuem acesso aos serviços de abastecimento de água e 54% desconhecem o serviço de coleta de esgotos sanitários) (INSTITUTO TRATA BRASIL, 2013);
3. Outro ponto de destaque é a questão da saúde pública e a contaminação dos cursos hídricos proveniente da falta de coleta e tratamento dos esgotos sanitários que vem ocorrendo;
4. Para além dos índices precários relativos aos serviços de saneamento no Brasil, a poluição do meio ambiente salta aos olhos, principalmente, nas áreas urbanas do país.

Desta forma, verificamos que os modelos de gestão centralizados e descentralizados ocorridos no século 20 foram incapazes em assegurar uma universalização dos serviços de saneamento. Com a perspectiva de traçar um novo panorama para gestão dos serviços em questão, foi realizada em realiza em Campinas (São Paulo), de 22 a 27 de maio de 2011, a 41ª Assembléia Nacional da ASSEMAE, intitulada de “O Desafio da Cooperação Interfederativa”, promovendo o debate entre a busca de um novo arranjo federativo no setor de saneamento, promovendo o diálogo entre os representantes dos modelos centralizado (CESB’s) e descentralizado (municípios).

Portanto, fica a pergunta: o modelo de cooperação interfederativa seria uma solução, tendo em vista que o modelo descentralizado e o centralizado não foram capazes de assegurar a prestação desses serviços de forma universal, assegurando a qualidade da saúde pública, dos cursos hídricos e do meio ambiente?

Referências

- ARRETCHE, Marta. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: v. 14, n. 40, 1999, p. 111-140.
- CARVALHO, Vinicius Marques de. **O Direito do Saneamento Básico**. São Paulo: Quartier Latin., 2010.
- FALLETI, Tulia. **Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: O Brasil em perspectivas comparadas**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 46-85.
- FIRSZON, Judith T. **A Política Nacional de Saneamento de 1968 a 1984: o caso do PLANASA**. Tese de mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1990. 187p.
- HELLER, Léo e REZENDE, Sonaly Cristina. **O Saneamento no Brasil: políticas e interfaces**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- Instituto Trata Brasil. **Situação do Saneamento no Brasil**. 2013.
- LUCENA, A. F. **As políticas públicas de saneamento básico no Brasil: Reformas institucionais e investimentos governamentais**. *Revista Plurais (On-line)*, v. 1, p. 117-130, 2006.
- MARICATO, Ermínia. **Política Habitacional no Regime Militar: do milagre brasileiro crise econômica**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- VASCONCELOS, Ronald Fernando Albuquerque. **Enigma de Hidra: o setor de saneamento entre o estatal e o privado**. Recife: UFPE, 2011.

*Recebido em 2013-04-15
Publicado em 2013-12-11*