POLÍTICA PÚBLICA, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA: REVISITANDO O PLANASA*

Nilson do Rosário Costa**

Mudanças no espaço urbano. Impacto na saúde das populações. Experiência brasileira de investimentos em serviços públicos de água, esgoto e drenagem nas décadas de 70 e 80, levada a efeito pelo Planasa.

Palavras-chave:
Política social; desigualdades regionais; condições de saúde.

A política de saneamento brasileira das décadas de 70 e 80 tem sido razoavelmente esquadrinhada por estudos em várias áreas, centrados na análise da principal política pública desse período: o Plano Nacional de Saneamento Básico (Planasa). As avaliações sobre este plano (1970-86) situaram-no, enquanto uma política pública, no contexto do regime autoritário.

Assim, não é de modo algum estranhável a predominância da crítica à excessiva centralização decisória na esfera federal, através do BNH; a marginalização de grande número de municípios, que não aderiram ao Planasa e tiveram bloqueado o acesso à assistência financeira e administrativa; a inviabilidade financeira e rigidez da política tarifária; a concepção restrita de saneamento básico à provisão de água e esgoto às áreas urbanas; lógica empresarial na produção do saneamento, onde os requisitos de auto-sustentação financeira foram impositivos na eleição das prioridades do programa, etc.[1]

Não há dúvida que a baixa legitimidade do regime autoritário impediu, de alguma maneira, visualizar certos aspectos de natureza quantitativa que complexificam, para além dessas caracterizações, a compreensão dessa política urbana. Somente essa intransparência pode explicar que muitas sínteses globais sobre política social no País afirmem que, por exemplo, a habitação tenha sido privilegiada em detrimento do saneamento no contexto da política urbana nesse período.[2] Segundo

* Texto desenvolvido no projeto *Políticas públicas, ambiente e saúde*, apoiado pela Finep/Fiocruz. O autor agradece as sugestões de Clarice Melamed e Dina C. Costa.

** Pesquisador-adjunto na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). (Endereço do autor: Ensp/Fiocruz – Departamento de Ciências Sociais – Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – 9º andar – 21.041 – Manguinhos – Rio de Janeiro, RJ.)

[1] Fabriani, C. B. & Pereira, V. M. C. *Tendências e divergências sobre o modelo de intervenção pública no saneamento básico*. Rio de Janeiro, UFRJ/IEI, 1987. mimeogr.; Bier, Amaury G. et alii. A crise do saneamento no Brasil. Reforma Tributária – uma falsa resposta. In: *Pesquisa e Planejamento Econômico, 18*(1), abr. 1988.

[2] Draibe, S. M. O *Welfare State* no Brasil: características e perspectivas. In: *Ciências Sociais Hoje*, Anpocs, 1989.

indica Azevedo,[3] entre 1968 e 1979 os recursos do BNH aplicados em saneamento crescem de 3,3% para 16% – um incremento de 485% – e os recursos aplicados em habitação recuam de 93,2% para 66,7%. Desse modo, ainda que mantendo, como seria de se esperar, uma posição de hegemonia, a habitação perderia, nesse período, tanto para o saneamento como para o "desenvolvimento urbano", substancial fatia de recursos.

Um esforço de quantificação sobre a política de saneamento revelaria, além disso, alguns dados que, no mínimo, podem atenuar a natureza categórica da afirmação de Draibe. Considerando tais evidências é que muitos autores sublinharam certa característica resolutiva dessa política pública: o aumento vultoso dos recursos destinados a saneamento; o desenho em termos nacionais do problema; o alto investimento em treinamento de mão-de-obra, além de ter atingido a meta para abastecimento de água.[4] Nesse sentido, justifica-se até considerá-la, como o faz Jacobi,[5] enquanto "um movimento de resposta do Estado à crescente deterioração nas condições de vida da população", embora essa afirmação seja válida para um contexto muito específico.

Apesar de suas incontornáveis contradições, essa face da política de infra-estrutura urbana atenua a usual representação da opacidade da ação estatal no provimento de bens necessários à reprodução da força de trabalho.

"A política urbana brasileira é dirigida (...) para a consolidação de um sistema excludente de vida social", afirma Schmidt.[6] Não há dúvida que esta afirmação do autor encontra substancial validade empírica se considerarmos as políticas setoriais para a cidade e seu impacto sobre o padrão de vida das populações. Mas este não é julgamento de validade universal, isto é, não pressupõe, creio, que todas as políticas tenham sido inócuas no que diz respeito mesmo a melhorias nas condições materiais de grupos populacionais. Este é o ponto que pretendo discutir, recorrendo a um esforço de quantificação, tomando, como exemplo, o Planasa.

Este trabalho trata, nesse sentido, do tema das mudanças no espaço urbano, a partir de políticas públicas, e do impacto dessas ações na saúde das populações. Tem como referência a experiência brasileira de investimentos em serviços públicos de água, esgoto e drenagem nas décadas de 70 e 80. Essa experiência refere-se ao desempenho do Plano Nacional de Saneamento – Planasa – formulado pelo Estado em 1970 para desenvolver uma política para o setor no País.

A análise desse plano coloca certamente em discussão duas teses básicas sobre o caráter desse Estado e as políticas sociais. A primeira diz respeito à afirmação de que ele seria estruturalmente incapaz de dar, a certas demandas de investimento social, resposta que assegurasse melhores condições de sobrevivência na metrópole. No caso, o Estado seria expressão lógica do jogo de soma zero do capitalismo brasileiro, equipado apenas para produzir pólos de opulência e miséria. Nessa leitura, trabalhou-se com a expectativa de um agravamento constante nos indicadores dessa miséria estrutural, da qual o comportamento da mortalidade infantil foi um dos exemplos recorrentes e privilegiados.

A segunda linha de pensamento procura relativizar essa visão genérica do Estado brasileiro como aparato restrito, coercitivo e incapaz de responder a certas de-

[3] Azevedo, Sérgio de & Andrade, Luis A. G. de. *Habitação e poder:* da fundação da Casa Popular ao Banco Nacional de Habitação. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.

[4] Bier, A. G. et. alii. op. cit. p. 184; Fiszon, J. T. *A política nacional de saneamento (1968-84)* – o caso do Planasa. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências Sociais, Ensp/Fiocruz, 1990.

[5] Jacobi, P.R. *Movimentos sociais e políticas públicas.* São Paulo, Cortez. 1989. p. 142.

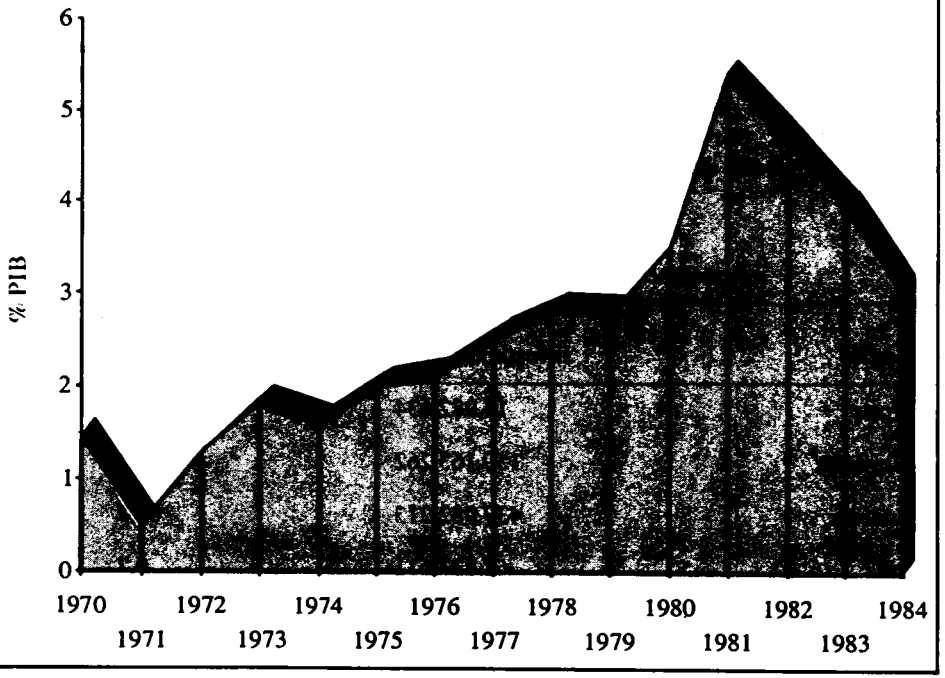
[6] Schmidt, Benicio. V. *O Estado e a política urbana no Brasil.* Porto Alegre, Editora da Universidade, 1983.

mandas típicas de consumo coletivo das populações urbanas. Tomando como exemplo a experiência do estado de São Paulo – e essa opção não foi gratuita – tentou-se mostrar que o capitalismo brasileiro teve que viabilizar, por necessidades estruturais, certas rotinas de políticas sociais. Estaria, assim, funcionando, a partir da década de 70, "razoavelmente bem tudo o que se refere às obras de infra-estrutura" – como afirma Cardoso.[7]

Seria por intermédio delas que teria havido a união entre as demandas sociais e o interesse concreto da ordem capitalista, representado pelas empresas estatais e pelos grupos ligados à construção civil. Esta questão também foi sublinhada por Mello,[8] quando se refere à estreita articulação entre acumulação de capital, nos diversos complexos empresariais de produção e prestação de serviços de natureza

Figura 1

Percentagem do PIB – investida pelo Planasa
Brasil (1970-84)



Fonte: gráfico elaborado com base nos dados da revista *Conjuntura Econômica*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, maio 1987 e BNH. *Planasa:* aplicações e resultados 1968-1984.

[7] Cardoso, Fernando Henrique. *As políticas sociais na década de 80:* novas opções? São Paulo, 1983. mimeogr.

[8] Mello, Marcus A. de. O padrão brasileiro de intervenção pública no saneamento básico. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, Fundação Getulio Vargas, 23(1): 100, 1989.

social. No saneamento, isto se exprimiu nos interesses das empresas produtoras de materiais e equipamentos, empreiteiros de obras públicas e agentes financeiros que operavam com repasses de fundos.

A ação do setor público na área social configuraria, assim, um movimento razoavelmente orgânico de respostas à perceptível deterioração das condições de vida da população na década de 70,[9] o que também viabilizaria certa modernização no tratamento da questão social através de "administradores mais modernos e planificadores mais eficientes" que "dialogam com os usuários e consumidores de serviços estatais".[10]

Em relação à primeira tese, de fato a ação pública no saneamento – como em outros setores sociais – desmente a visão "oriental" do aparelho estatal no Brasil. Ainda que nunca tenha atingido 1% do PIB (figura 1), esse plano ampliou, entre 70 e 80, de 54,4% para 76,0% o número de domicílios urbanos com fornecimento de água da rede pública e de 22,3% para 36,0% com instalação sanitária de uso exclusivo.[11]

No entanto, essa ampliação de cobertura domiciliar, razoável no que diz respeito à água e sofrível no caso de esgotamento sanitário, foi igualmente discriminatória se considerarmos critérios regionais, demográficos e sociais.

Dificilmente poderíamos afirmar que critérios de justiça social e equanimidade determinaram a lógica de planificação e alocação de recursos. Nesse sentido, chama atenção a gritante concentração regional dos investimentos: de fato, a região Sudeste (mais rica e industrializada do País) recebeu cerca de 62,3% dos recursos do Plano entre 1968 e 1984, uma distribuição altamente discriminatória se considerarmos, por exemplo, o peso relativo da população: em 1984, o Sudeste contava com 44% da população, enquanto o Nordeste contava com 29% e recebe-

Tabela 1

Investimentos realizados pelo Planasa entre 1968 e 1984

Região	Investimento (UPC's)	(%)
Norte	14.982.634	2,1
Nordeste	150.163.262	21,3
Sudeste	439.982.213	62,3
Sul	68.837.611	9,7
Centro-Oeste	32.497.966	4,6
Brasil	706.463.686	100

Fonte: BNH. *Catálogo Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental*, n. 10, dez. 1984.

[9] Jacobi, P. R. op. cit.

[10] Cardoso, R. L. Movimentos sociais: balanço crítico. In: *Sociedade e política no Brasil pós-64*. São Paulo, Brasiliense, 1983. p. 200.

[11] Vetter, D. A evolução das condições de saneamento básico da população urbana durante a década de 70. In: *Revista Brasileira de Estatística*, Rio de Janeiro, IBGE, *44*(173-94), jan./jun. 1983.

ria apenas 21,3% dos recursos. O mesmo caso é o da região Sul que, com 15% da população, recebeu 9,7% dos investimentos. A região Centro-Oeste, com 7% da população, receberia 4,6% dos recursos enquanto o Norte, com 5% da população, recebeu apenas 2,1% do Plano entre esses anos (tabela 1).

Cabe ainda assim referir que, durante a década de 70, os dados sobre movimentos do FGTS e as aplicações do BNH permitem contrabalançar essa inegável característica discriminatória dos investimentos Planasa. Eles indicam que, por exemplo, os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais participaram com 76,9% da arrecadação do FGTS em todo o país, sendo que das aplicações globais do BNH, entre 1969 e 1980, apenas 54,5% foram feitas nesses três estados aparecendo, assim, uma dimensão paradoxalmente redistributiva da política na aplicação do FGTS segundo as regiões do país.[12]

Outro ponto a ser destacado, nesta descrição sumária: o Planasa contemplou uma formulação de política pública predominantemente centrada na expansão da rede urbana de abastecimento de água. No período de 1968 a 1984, foram para essa função 61,2% dos investimentos, enquanto o esgotamento sanitário recebeu 25,2% e a drenagem urbana 13,6%. Essa característica parcial e excludente das áreas rurais fez com que o abastecimento de água e o esgotamento sanitário apresentassem desempenhos bem diferenciados quando consideramos o indicador de cobertura populacional por região. Ademais, os escassos recursos disponíveis para drenagem tiveram pouca relevância na superação da brutal sobrecarga a que a incontrolável produção de lixo doméstico e resíduos industriais expõe as cidades brasileiras.

Segundo dados do próprio BNH, em relação à economia da água, tínhamos em 1984: no Nordeste, 60% da população *sem* serviços; no Norte, 56%; no Centro-Oeste, 46%; no Centro-Sul, 42%; e na região Sudeste, apenas 26%.[13]

Para esgotamento sanitário, tínhamos: no Nordeste, 94% sem serviço; no Norte, 98%; no Centro-Oeste, 78%; no Sul, 89%; e no Sudeste, 55%.[14]

Nessa discriminação de investimento observa-se que, de fato, a região Sudeste, tendo a melhor participação na distribuição dos investimentos públicos de saneamento, apresentou, por conseguinte, melhor cobertura populacional, especialmente a de abastecimento de água.

Contudo, mesmo no interior dessa região, o Planasa apresentaria um perfil também desigual: o estado de São Paulo receberia, em média, 83% dos recursos públicos entre 1969 e 1980 e 56% a partir de 1981 (figura 2). Isto fez com que residissem nesse estado, em 1980, 29,4% da população brasileira servida por água (contra 11,5% em 1973).

Essa excepcional participação do estado de São Paulo resultou na enorme cobertura domiciliar dos serviços de abastecimento de água – 84% já em 1978. Os dados para o município de São Paulo (capital) são ainda mais reveladores: 92% da população eram usuários de serviço público de água de 1979. A rapidez na expansão da oferta desse bem de consumo coletivo é perfeitamente associável às mudanças no perfil sanitário da população do estado. Ortiz, por exemplo, mostrou que a partir de 1975 o grupo de causas de morte evitáveis através de melhores condições de saneamento apresentou "uma vertiginosa redução". "A melhoria das

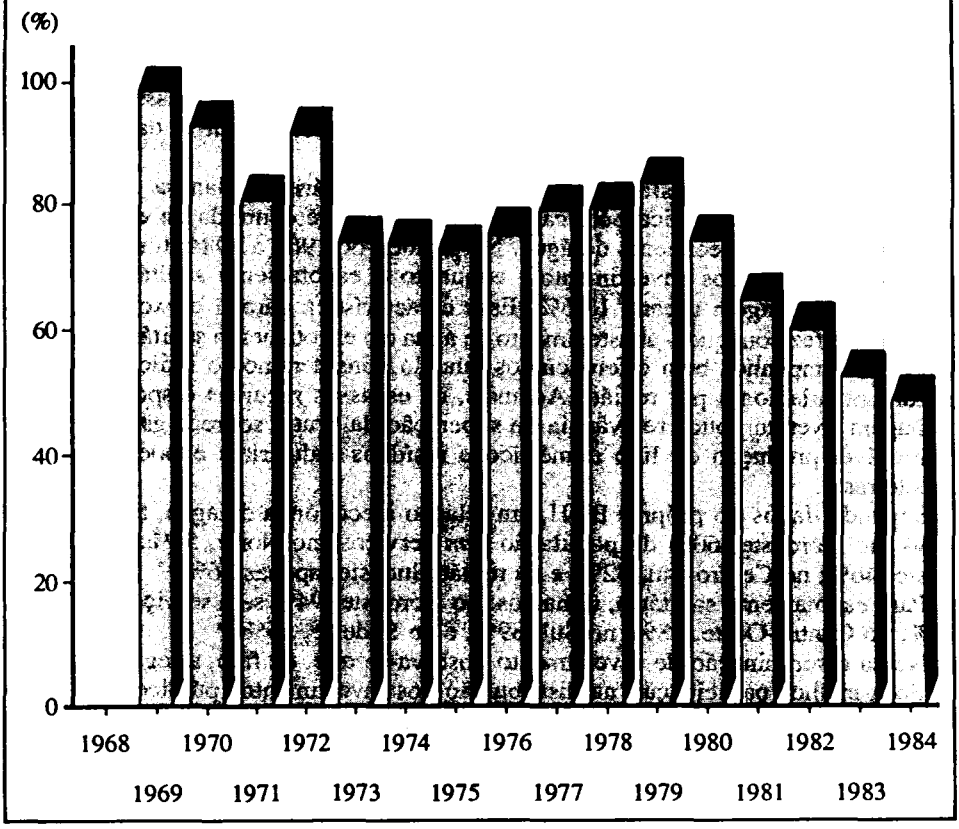
[12] Najar, Alberto & Melamed, C. Considerações para análise da política de saneamento... In: *Revista de Administração Municipal*, Rio de Janeiro, *37*(194):69-71, jan./mar. 1989.

[13] BNH. *Planasa:* aplicações e resultados, Rio de Janeiro, BNH, 1985.

[14] Ibid.

Figura 2

Participação do estado de São Paulo nos investimentos
do Planasa na região Sudeste
1969 - 1984



Fonte: BNH. *Planasa:* aplicações e resultados 1969-1984.

condições gerais de saneamento do estado possibilitou que, em 1984, ocorressem 7.500 óbitos a menos que em 1960."[15]

Na mesma região Sudeste, o exemplo do Estado do Rio de Janeiro elucida alguns pontos a respeito dessas questões. Os dados disponíveis para os anos de 1976 a 1985 indicaram uma tendência à queda da mortalidade infantil no estado em geral. No período de 1976 a 1985, nota-se uma diferença bastante acentuada no comportamento da mortalidade infantil no estado, por diarréia e causas perinatais (figura 3).

Observa-se: 1) que a diarréia apresenta – no período – uma tendência à queda bastante expressiva; 2) em contraste, um notável aumento no período das causas perinatais. Os comportamentos contrastantes da diarréia e das perinatais são bas-

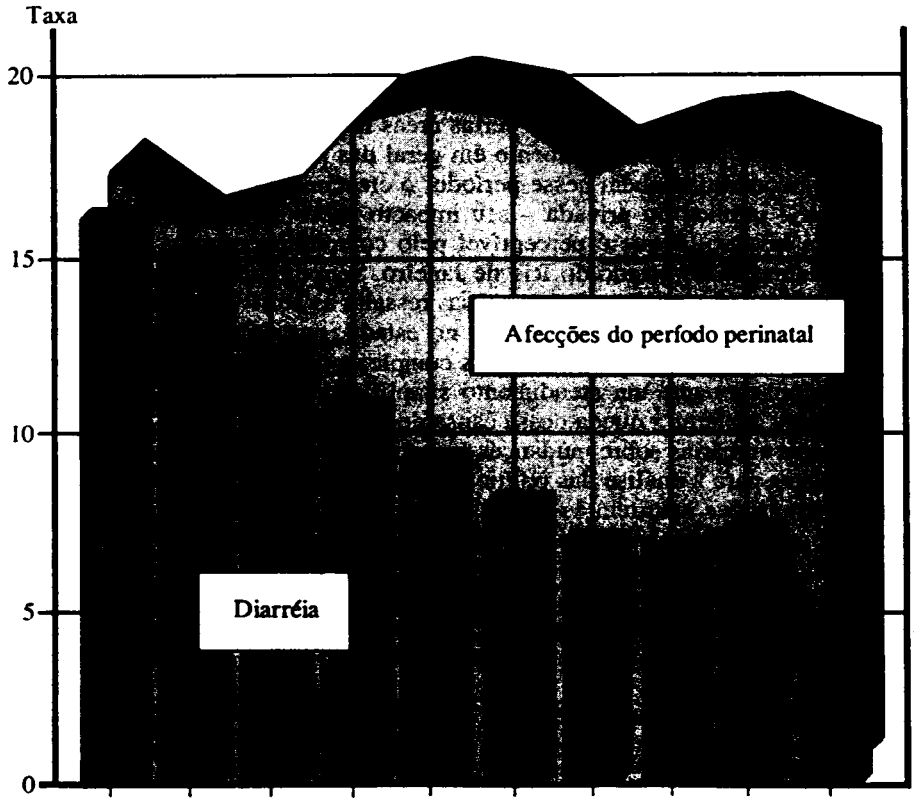
[15] Ortiz, Luis P. Tendências recentes da mortalidade em São Paulo. In: *Informe Demográfico*, São Paulo, Seade, *21*:25, 1988.

tante sugestivos para a reflexão sobre o impacto das políticas públicas sobre a situação de saúde.

Entre as DIP, a diarréia é uma das doenças que ainda hoje mais atingem a infância nas áreas urbanas, mesmo em São Paulo e Rio de Janeiro. Neste último estado, no ano de 1980, ela era ainda a principal causa de morte no período pós-neonatal (29 dias a 12 meses). Uma em cada 100 crianças nascidas nesse ano morreu por diarréia antes de completar um ano.[16] Isto significa que havia 310 vezes mais mortes por diarréia na infância, no Rio de Janeiro, do que nos Estados Unidos, por exemplo.

Figura 3

Mortalidade infantil no Estado do Rio de Janeiro por diarréia e causas perinatais 1976 – 1985



Fonte: Duarte, Cristina M. R. *Como morrem as crianças no Rio de Janeiro?* Dados selecionados sobre mortalidade infantil. 1976 a 1985. Ensp/Fiocruz, dez. 1990.

[16] Ministério da Saúde. *Estatística de mortalidade.* Brasília, 1983; FIBGE. Censo demográfico do Rio de Janeiro. *IX Recenseamento Geral.* 1980. t. 3, n.16, 1985.

Cabe comentar, ainda assim, que possivelmente a perceptível queda – a partir de um patamar muito alto, sem dúvida – das diarréias como causa de morte está ligada à crescente disponibilidade de rede de água e esgotamento sanitário. Esta foi uma associação pouco explorada nas análises sobre o impacto de políticas públicas setoriais sobre o padrão de vida.

Hoje é bastante aceitável a tese de que, embora a diarréia tenha uma causalidade multifatorial, o incremento quantitativo da oferta de água tende a aumentar a higiene doméstica e pessoal, reduzindo os principais agentes da infecção diarréica.[17] Nesse período, o Estado do Rio de Janeiro também apresentou uma situação privilegiada em termos da rede de água, chegando a uma cobertura da quase-totalidade da população urbana; e, em relação à rede de esgotos, apresentou, em 1984, uma cobertura populacional da ordem de 82%.

Os dados para o município do Rio de Janeiro reforçam essa tese: enquanto a disponibilidade de água cresce em valores médios para as regiões administrativas em 12%, isto é, de 82,9% para 92,9%, a taxa de mortalidade infantil por diarréia passa de 15,8%, no ano de 1976, para 9,9 por 1.000 nascidos vivos em 1980.[18]

Conclusões

Esses dados possibilitam algumas afirmações acerca dos efeitos dos investimentos em infra-estrutura ocorridos em certas áreas nos anos 70. No entanto, não podem ser tomados para um julgamento em geral das políticas sociais no País. Embora tenha ocorrido, também nesse período, o crescimento físico da rede assistencial médica – pública ou privada – seu impacto sobre as condições sanitárias da infância foi inverso, o que é perceptível pelo comportamento das causas perinatais, especialmente no estado do Rio de Janeiro. Sem dúvida, o crescimento da taxa de mortalidade infantil por essas causas ressalta as sofríveis condições de atendimento à gestante e ao recém-nascido no estado, particularmente nas situações em que há a exigência de um nível mais complexo de tecnologia médica, embora se deva reconhecer que um atendimento simplificado, no caso da diarréia, possa concorrer para acelerar a queda dessa causa de mortalidade infantil.

Estas notas sumárias sobre mudanças ambientais e condições de saúde oferecem algumas pistas para a análise das políticas públicas no Brasil. De fato, é o momento das investigações medirem as conseqüências de determinadas obras de infra-estrutura sobre o padrão de vida de grupos específicos. Os estudos sobre políticas sociais chegam, no máximo, a avaliar a natureza das formulações setoriais, sem interrogar muito o mérito dos seus efeitos singulares sobre a qualidade de vida. Em relação à mortalidade infantil, é possível agora já avançar em indicações mais precisas a respeito dos impactos de políticas específicas sobre a sua dinâmica, como indiretamente fazem Ortiz e Victora.[19]

A importância dessas análises está diretamente associada à compreensão usual que o campo da saúde tem da questão ambiental. Freqüentemente, ela foi situada em um plano abstrato e reificado, isto é, relacionada a eventos que advêm da "na-

[17] Merrick, Thomas W. Access to piped water and early childhood mortality in urban Brazil, 1970-1976. In: *World Bank working paper*, 594, Washington, 1983. mimeogr.; Esrey, S.A. & Habicht, J. Epidemiologic evidence for health benefits from improved water and sanitation in developing countries. In: *Epidemiologic Reviews*. Baltimore, The John Hopkins University. v.8, 1986.

[18] Radis, Mortalidade infantil no Rio de Janeiro. In: *Dados*, Fiocruz, *4*(9), jun. 1986.

[19] Ortiz, L. P. op. cit.; Victora, Gezar G. *Epidemiologia da desigualdade*. São Paulo, Hucitec, 1988.

tureza", dos "agentes patogênicos", como seriam freqüentemente os casos das doenças infecciosas e parasitárias.

Esse raciocínio esquece, principalmente nesses casos, que o ambiente hostil, que expõe grupos sociais a certos agentes patogênicos, é também produto da atividade social. Em especial, o comportamento dos gastos públicos na "construção" de dado espaço condiciona poderosamente a qualidade de vida e desenha os riscos sanitários da população. No conjunto dessas ações públicas, os investimentos em saneamento assumem um papel de protagonista.

Summary

PUBLIC POLICY, ENVIRONMENT AND QUALITY OF LIFE – THE PLANASA REVISITED

The subject of this study are the changes occurring in the urban space as a consequence of public policies; it examines also the impact of those actions on the health of the populations. As a reference it uses the Brazilian experience in investments made in public services of water, sewerage and drainage systems during the 70's and 80's, as part of the National Plan of Sanitation (Plano Nacional de Saneamento – Planasa), projected by the State authorities in 1970, with a view to establishing a sectorial policy for the country.