

Cadernos

*da Defensoria Pública
do Estado de São Paulo*

v. 3 n. 10 2018

Direitos Humanos

**Água como direito
humano fundamental**

ISBN 978-85-92898-10-6



**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DE SÃO PAULO**

EDEPE Escola
da Defensoria Pública
do Estado de São Paulo



O direito humano à água e ao esgotamento sanitário como instrumento para promoção da saúde de populações vulneráveis¹

The right to water and sanitation as a tool to the health promotion of vulnerable groups

Priscila Neves Silva

Pós-doutoranda. Instituto Rene Rachou (Fiocruz-Minas)
priscila.neves@cpqrr.fiocruz.br

Leo Heller

Pesquisador. Instituto Rene Rachou (Fiocruz-Minas)
heller@cpqrr.fiocruz.br

Resumo

O conceito de promoção da saúde, baseado nos determinantes sociais, alinha-se com princípios dos direitos humanos como: participação social, responsabilidade, transparência e não-discriminação. O Direito humano à água e ao esgotamento sanitário (DHAES) foi aprovado em 2010, pela Assembleia Geral das Nações Unidas e Conselho de Direitos Humanos, e visa garantir acesso à água e ao esgotamento sanitário sem discriminação para toda a população. Dito isso, o presente artigo tem como objetivo analisar de que forma o referencial dos direitos humanos, em especial do DHAES, pode ser mobilizado para fortalecer a promoção da saúde de populações vulneráveis. Para isso, inicia apresentando a relação entre saúde e direitos humanos, em seguida demonstra como o conceito de vulnerabilidade social se baseia nos direitos humanos, e finaliza mostrando a relação entre o DHAES e a promoção da saúde de grupos vulneráveis.

Palavras-chave: Promoção da saúde, Direitos Humanos, Acesso à água

Abstract

The concept of health promotion, based on social determinants, aligns with human rights principals as: social participation, accountability, transparency and non-discrimination. The Human Right to Water and Sanitation (HRtWS) was approved, in 2010, by United Nation General Assembly and Human Rights Council, and aims to ensure access to water and sanitation, without discrimination, for the whole population. Saying this, this article has the objective to analyse how human rights framework, specially, the HRtWS, can be used to fortify the health promotion of vulnerable groups. For this, it begins presenting the relationship between health and human rights, after it demonstrates how the concept of social vulnerability is based on human rights and, finally, it shows the relationship between HRtWS and the health promotion of vulnerable groups.

Keywords: Health Promotion; Human Rights; Access to Water



Introdução

Desde a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, em 1986, que o conceito de promoção da saúde, partindo da concepção ampliada de saúde, vem sendo elaborado por diferentes atores, trazendo novas formas de se pensarem as práticas. Esta forma dita ampliada de entender o processo saúde-doença-cuidado salienta o papel protagonizante dos determinantes sociais, tanto no surgimento, evolução clínica e desfecho das doenças, até nas diferentes formas de intervenção. O adoecimento passou a ser entendido como um processo que envolve elementos biológicos, comportamentais, culturais, econômicos, políticos, sociais e ambientais (MALTA et al.2014; BUSS,2009)

O conceito de promoção da saúde passou a valorizar a articulação entre saberes técnicos e populares e propôs maior diálogo entre instituições e comunidades. A valorização do conhecimento popular e da participação social tornou-se uma das bases da promoção da saúde, que também salienta a importância de ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas. Além disso, outros valores associaram-se ao conceito, como: solidariedade, democracia, equidade, cidadania e desenvolvimento (BUSS,2009; CZERESNIA,2009). Estes valores, assim como o estímulo à capacitação da comunidade para que possa se responsabilizar e lutar pela sua saúde, reconhecendo esta como um direito, alinham-se com princípios dos direitos humanos como: participação social, responsabilidade, transparência e não-discriminação.

Jonathan Mann⁴, pioneiro em advogar a favor da intersecção entre direitos humanos e saúde, relatou que “o referencial de direitos humanos fornece uma abordagem mais útil para analisar e responder aos desafios da saúde pública do que qualquer outro referencial biomédico tradicional disponível” (MANN,1996,924p). Para ele, a promoção e proteção da saúde só seria alcançada se houvesse promoção e proteção dos direitos humanos. Segundo Gruskin e Tarantola (2012) o trabalho em saúde, quando articulado com os direitos humanos, aponta os que estão em desvantagem, assim como demonstra se a existência de uma diferença em um desfecho em saúde resulta de uma injustiça. Estes mesmos autores salientam que “atualmente, os direitos humanos são concebidos de modo a oferecer uma estrutura para ação e planejamento, assim como para oferecer argumentos fortes e convincentes de responsabilidade governamental – não só instituir serviços de saúde, como também transformar as condições que criam, exacerbam e perpetuam pobreza, marginalização e discriminação” (GRUSKIN E TARANTOLA,2012,35p). Portanto, o uso do referencial dos direitos humanos pode auxiliar a pensar ações mais efetivas e eficazes de lidar com as necessidades de saúde, assim como a formular políticas públicas que respeitem seus princípios, e que atuem com foco na saúde das populações vulneráveis.

O referencial teórico do direito humano à água e ao esgotamento sanitário - DHAES, segundo o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (OHCHR,2010a; OHCHR,2012b) deriva de outros direitos, como direito a um adequado nível de vida, direito à saúde física e mental, direito à vida e à dignidade. Ele se originou do Tratado Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e, por isso, está amparado legalmente em leis internacionais de direitos humanos (OHCHR,2010a; OHCHR,2012b). O DHAES foi internacionalmente reconhecido após aprovação, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 2010, da resolução A/RES/64/292 sobre “Direito humano à água e ao esgotamento sanitário” (UNGA,2010). Esta



resolução, que partiu do Comentário Geral nº 15(OHCHR 2010a), elaborado em 2002 pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, implica obrigações legais aos Estados. Uma vez que os Estados são responsáveis por garantir acesso à água e ao esgotamento sanitário sem discriminação para toda a população, o referencial teórico do DHAES é uma importante ferramenta para regulamentar o uso da água em diversos países, contribuindo de maneira significativa para a elaboração e implementação de políticas públicas (WINKLER e ROAF,2015; BROWN, NEVES-SILVA, HELLER,2016).

O Programa de Monitoramento Conjunto sobre água e esgotos (WHO,2015) estima que em todo o mundo 663 milhões de pessoas não têm acesso à água potável “melhorada” e 2,4 bilhões de pessoas não têm acesso ao esgotamento sanitário “melhorado”, sendo as populações vulneráveis as mais afetadas. Não há como garantir o direito a um nível de vida que assegure saúde e bem-estar, previsto no artigo 25 da Declaração de Direitos Humanos de 1948, sem garantir o acesso a esses serviços. Dito isso, este artigo tem como objetivo analisar de que forma o referencial dos direitos humanos, em especial do DHAES, pode ser mobilizado para fortalecer a promoção da saúde de populações vulneráveis. Para isso, inicia fazendo a articulação entre os princípios dos direitos humanos e o conceito de promoção da saúde, mostrando como o uso do referencial dos direitos humanos transforma ações baseadas em caridade e assistencialismo em atividades de promoção e realização de direitos. Em seguida, discute como o conceito de vulnerabilidade social é uma abordagem baseada em direitos uma vez que reconhece qualquer indivíduo como sujeito de direito, além de dialogar diretamente com o conceito de promoção da saúde ao buscar compreender e transformar os determinantes sociais. Finaliza estabelecendo a relação entre o DHAES e a promoção da saúde de populações vulneráveis, por meio dos princípios dos direitos humanos. Conclui que políticas públicas que tenham como objetivo melhorar o acesso à água e ao esgotamento sanitário, sem discriminação, estimulando a participação social, a transparência e a responsabilidade, visando a equidade, a justiça e a dignidade, podem propiciar mudanças estruturantes nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado das populações vulneráveis.

Direitos humanos e saúde: como articular?

A Organização das Nações Unidas, em 1997, lançou o Programa para Reforma, em que convidava todas as suas agências a alinhar seus projetos com os conceitos e princípios dos direitos humanos (UNDG,1997; UN,2015). O principal objetivo era favorecer o cumprimento dos direitos humanos, estabelecidos na Declaração de 1948 e em outros instrumentos internacionais, especialmente para as populações vulneráveis e marginalizadas, as quais, com maior probabilidade, têm seus direitos violados. Princípios como não-discriminação, participação, transparência e responsabilidade (*accountability*) deveriam orientar as iniciativas (UNDG,1997; UN,2015).

O princípio da não-discriminação reconhece que as pessoas têm diferentes necessidades, devido às características intrínsecas ou a discriminações sofridas ao longo de muitos anos que as impedem de usufruir dos direitos humanos em iguais condições que os demais. Assim, alguns grupos populacionais requerem suporte de diferentes ordens, a fim de conseguirem igualdade de



inserção nos benefícios sociais e públicos. O Estado tem como obrigação assegurar, através da legislação e de políticas públicas, que todos os indivíduos, independentemente de raça, idade, sexo, etnia, religião, deficiência e status migratório, entre outras características, possam usufruir de seus direitos, eliminando ou diminuindo as condições que causam discriminação (WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997; UN,2015)

Participação e transparência são princípios que permitem à comunidade ter acesso a um processo democrático, participativo, de forma contínua, e em todos os níveis. Todos os indivíduos, incluindo os mais vulneráveis, devem participar do processo de decisão, de forma livre, ativa e significativa. Para isso, transparência e acesso à informação são essenciais. As vozes dos grupos socialmente enfraquecidos não podem ser suprimidas em favor dos interesses dos grupos mais poderosos. Assim, o processo democrático é fortalecido, assegurando a valorização de todas as demandas e opiniões. (WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997; UN,2015)

Como responsabilidade entende-se que o Estado é aquele que tem a obrigação de fazer cumprir os direitos e a população é a detentora do direito. Quando o Estado não consegue cumprir os direitos consagrados, a população deve ter a possibilidade de recorrer à justiça. Existem várias formas de monitorar os serviços, para que as violações possam ser detectadas e corrigidas, como, por exemplo, mecanismos de reclamação de diversos níveis, desde locais até internacionais. Os movimentos sociais cumprem importante papel nesse monitoramento, podendo exigir que o Estado cumpra com suas obrigações (WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997; UN,2015).

Logo, a inclusão do referencial de direitos humanos em políticas e programas, assim como em projetos e ações, permite que o foco de algumas atividades, antes baseadas em caridade e assistencialismo, possa ser transferido para a promoção e realização de direitos. Isto contribui para desenvolver a capacidade da comunidade, ou seja, dos detentores de direitos, de lutar por seus direitos, e dos responsáveis em fazer cumpri-los, em assumir suas responsabilidades. Ao se articularem esses princípios, próprios da conceituação de direitos humanos, com o conceito de promoção da saúde, percebe-se significativa aderência, uma vez que a participação social, sem discriminação, é uma de suas ferramentas fundamentais, capacitando indivíduos e comunidades para lutar por condições estruturantes que favoreçam sua saúde.

A forma com que a articulação entre saúde e direitos humanos se estrutura, segundo Gruskin e Tarantola (2012), pode ser dividida em quatro categorias: *advocacy*, legislação, políticas e programas.

Advocacy é a utilização da linguagem dos direitos para promover mobilização social, com a finalidade de que a sociedade defenda mudanças políticas. Para isso, é importante que diferentes atores, como ativistas, formuladores de políticas, e profissionais da academia, se reúnam, com o objetivo comum de capacitar e auxiliar na organização da comunidade para que ela possa ser capaz de pressionar o governo por mudanças. Neste sentido, torna-se necessário traduzir as normas nacionais e internacionais de direitos humanos de forma que possam se



ajustar às necessidades da comunidade (GRUSKIN e TARANTOLA,2012;WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997)

A legislação, ou o uso do sistema legal, seria a utilização do instrumental dos direitos humanos para responsabilizar, juridicamente, o governo e agentes privados e fazê-los cumprir as obrigações, presentes em tratados internacionais, que podem repercutir no bem-estar e em melhores condições de saúde. Neste caso, o governo teria a responsabilidade perante a justiça de não violar os direitos à saúde, respeitando-os, defendendo-os e protegendo as populações. Ao respeitar o Estado impede que os indivíduos tenham o acesso negado a qualquer serviço que vise a melhoria da saúde, sem que antes seja providenciada uma alternativa adequada; ao respeitar ele evita qualquer ação que possa resultar em abuso do direito humano; e ao proteger ele impede que atores não estatais interfiram na realização dos direitos. Os tribunais e cortes nacionais e internacionais poderiam ser utilizados para solucionar os problemas, com o objetivo de promover e proteger estes direitos (GRUSKIN e TARANTOLA,2012; WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997)

O sistema de políticas públicas consiste na adoção das normas e padrões de direitos humanos, pelos órgãos formuladores de políticas tanto nacionais quanto internacionais. Esta adoção permite que as estratégias por eles elaboradas, principalmente nas perspectivas da saúde, economia e desenvolvimento, tenham como parâmetro referencial o dos direitos humanos. Assim, entidades nacionais e internacionais formulariam abordagens em saúde baseadas em direitos (GRUSKIN e TARANTOLA,2012;WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997).

Já o sistema programático seria a implementação de direitos por meio de programas de saúde. Nessa abordagem, tanto o desenho quanto a elaboração, o monitoramento e a avaliação dos programas incluem os princípios dos direitos humanos. A comunidade participaria em todas as fases, de forma não-discriminada. Além disso, todas as ações devem ser transparentes, apontando aqueles que serão juridicamente responsáveis pelos resultados e pela não violação dos direitos. Assim, tanto os detentores de direitos, como os responsáveis em fazer cumprir estes direitos são identificados (GRUSKIN e TARANTOLA,2012;WINKLER e ROAF,2015;UNDG,1997).

Por fim, é importante salientar que as ações e programas desenvolvidos sobre a norma dos direitos humanos devem levar em conta quatro importantes fatores: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade (GRUSKIN e TARANTOLA,2012;WINKLER e ROAF,2015). Por disponibilidade entende-se que tanto as instalações, quanto bens e serviços de atenção à saúde, estão disponíveis em quantidade suficiente para atender à população. Além disso, estes recursos devem ser acessíveis a todos, de forma não-discriminatória, ou seja, idade, sexo, deficiência, etnia, classe social, entre outros atributos, não podem impedir o acesso. Junto à acessibilidade física deve-se levar em conta a acessibilidade financeira, ou seja, as instalações, bens e serviços de saúde devem ter um preço acessível a todos. Outro ponto importante a se considerar é a aceitabilidade: todos os serviços devem ser culturalmente apropriados, respeitando as questões culturais de cada indivíduo, e sensíveis às necessidades de gênero. Para finalizar, a qualidade técnica daquilo que é ofertado deve ser apropriada para promover um padrão elevado de saúde. Tais fatores são aplicáveis a quaisquer abordagens dos direitos



econômicos, sociais e culturais, incluindo a água e o esgotamento sanitário, podendo-se fazer aqui um claro paralelo entre o direito à saúde e esses direitos.

Assim, a articulação entre saúde e direitos humanos, visa, antes de tudo, a conquista de um padrão elevado de saúde, baseado em justiça, equidade e dignidade, para todas as populações, sem discriminação, de forma transparente, estimulando a participação da comunidade e indicando os responsáveis pelos resultados das ações. Além disso, o referencial de direitos humanos ajuda a identificar potenciais situações de vulnerabilidade social.

O conceito de vulnerabilidade social como uma abordagem baseada em direito

O referencial teórico de vulnerabilidade social originou-se do direito internacional, principalmente dos direitos humanos universais (AYRES, PAIVA, FRANCA, 2012; AYRES et al., 2009). Mann (1996) afirmou que a relação entre saúde pública e direitos humanos se fortaleceu durante as primeiras décadas de luta contra o HIV/AIDS. Nesta época ficou claro que ações discriminatórias foram não só ineficazes para conter a pandemia, como realçou os problemas de vulnerabilidade social relacionados à doença. Portanto, o conceito de vulnerabilidade social resulta da interseção entre o ativismo político dos movimentos sociais, contra a discriminação resultante das ações de prevenção ao HIV/AIDS, e a luta pelos direitos humanos (AYRES, PAIVA, FRANCA, 2012; AYRES et al., 2009; MANN, 1996).

As primeiras ações de prevenção ao HIV/AIDS resumiram-se à abstinência sexual e ao isolamento dos grupos de risco até então identificados: homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de heroína. Estas ações provocaram isolamento não só sanitário como social, criando estigma e preconceitos, e não foram efetivos para conter a epidemia. A partir daí, novas ações foram elaboradas, tendo como base o conceito de comportamento de risco. Em princípio, acreditava-se que atividades educativas que estimulasse práticas seguras seriam capazes de diminuir o avanço da doença. No entanto, verificou-se que estas ações também não davam o resultado esperado, e a doença se alastrava, principalmente entre segmentos populacionais socialmente enfraquecidos como as mulheres e os mais pobres. Assim, movimentos sociais, principalmente das mulheres, trouxeram à luz questões importantes, inseridas no conceito de empoderamento. O comportamento protetor não dependia apenas da diáde “informação e vontade”, ele dependia, entre outras coisas, do acesso a recursos culturais, econômicos, políticos e sociais, os quais são desigualmente distribuídos entre os grupos sociais. As ações baseadas em comportamento de risco só aumentavam a culpabilização do indivíduo pelo fracasso em realizar práticas seguras. Como resultado, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, surgiram propostas de ações de prevenção que não se voltassem apenas para o plano individual, mas que fossem capazes de realizar transformações estruturais na sociedade. A partir de então, pesquisadores, ativistas e profissionais passaram a tentar entender como as questões sociais, econômicas, políticas e culturais influenciavam as práticas de risco (AYRES, PAIVA, FRANCA, 2012; AYRES et al., 2009; DELOR e HUBERT, 2000)

Com isso, segundo Ayres (2009), o conceito de vulnerabilidade, no âmbito da saúde, está relacionado com aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais e programáticos, que acarretam maior suscetibilidade às doenças. Os indivíduos não estão expostos ao



adoecimento de forma homogênea e as mudanças das práticas cotidianas não dependem unicamente da vontade individual. Os diferentes contextos são determinantes para a suscetibilidade dos indivíduos aos agravos. Portanto, é importante identificar os segmentos populacionais mais expostos, mas não por uma característica identitária, como no início da luta contra o HIV/AIDS, e sim pela posição social que ocupam (DELOR e HUBERT,2000;ADGER,2006)

O quadro de vulnerabilidade também avalia que o grau de acesso aos recursos, de todas as ordens, pode proteger o indivíduo contra as diversas enfermidades, assim como influencia o desfecho, já que a forma como a intervenção é organizada e operada também sofre influência do contexto (AYRES,PAIVA,FRANCA,2012; AYRES et al.,2009;DELOR e HUBERT,2000). Pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade social dialoga com a promoção da saúde, uma vez que também busca compreender e transformar os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado. Ele reconhece que cada pessoa é sujeito de direito, sem discriminação, e os aspectos sociais e culturais que vivenciam os expõem mais, ou menos, ao adoecimento. Além disso, salienta a importância de entender como o governo regulamenta, respeita e protege os direitos e como e quando a condição social exige ações específicas que possam lidar com o estigma e a discriminação que contribuem para perpetuar a desigualdade social e aumentar a vulnerabilidade (AYRES,PAIVA,FRANCA,2012; AYRES et al.,2009; BUCHALLA e PAIVA,2002)

Dito isso, pode-se considerar que o conceito de vulnerabilidade está baseado em direitos, uma vez que reconhece o indivíduo como um sujeito de direito, e reconhece, também, a responsabilidade do governo em garantir que todos, sem discriminação, tenham acesso aos recursos que possam garantir um padrão adequado de saúde (AYRES,PAIVA,FRANÇA,2012). “Grupos sociais que não têm seus direitos respeitados e garantidos apresentam piores perfis de saúde, sofrimento, doença e morte” (AYRES,PAIVA,FRANÇA,2012,85p). Assim, onde há maior violação de direitos, há maior vulnerabilidade aos problemas de saúde.

Direito humano à água e ao esgotamento sanitário: perspectivas para a saúde de populações vulneráveis

O reconhecimento de que a água é elemento fundamental para assegurar as necessidades básicas dos seres humanos foi inicialmente estabelecido em 1977 durante a Conferência das Nações Unidas sobre Água em Mar Del Plata, na Argentina. O plano de ação desenvolvido durante aquela conferência determinava que todas as pessoas, independente da situação econômica e social, tinham direito ao acesso à água potável em quantidade e qualidade suficiente para garantir as necessidades básicas. Desde então, foram desenvolvidos vários planos de ação reconhecendo a água e o esgotamento sanitário como direito humano. Em 2002, o Comitê das Nações Unidas sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais elaborou o Comentário Geral nº15 (OHCHR,2010a) sobre o direito humano à água. Segundo este Comitê, o direito à água se enquadra no direito a uma vida com qualidade e está intimamente relacionado com o direito à saúde, alimentação e moradia digna, previstos no Tratado Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais(OHCHR,2010a). Assim, em julho de 2010, através da



resolução A/RES/64/292 (UNGA,2010), a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas reconheceu o acesso à água e ao esgotamento sanitário como um direito humano. No mesmo ano, resolução do Conselho de Direitos Humanos ratificou e esclareceu esse entendimento. Desde então, os países devem garantir, progressivamente, esse direito, incluindo a obrigatoriedade a seu reconhecimento nos ordenamentos jurídicos nacionais. O Estado tem a obrigação de respeitar, proteger e fazer valer este direito, não implicando necessariamente que deva ser o provedor do serviço, mas deve monitorar e regulamentar os prestadores e garantir que o direito não seja violado(OHCHR,2010a).

Segundo o Comentário Geral nº 15(OHCHR,2010a), o acesso à água deve respeitar requisitos como: disponibilidade, qualidade/segurança, aceitabilidade e acessibilidade física e financeira; além de respeitar os princípios gerais dos direitos humanos. Portanto, a água deve estar disponível em quantidade suficiente para uso pessoal e doméstico; deve ser segura e de qualidade e não representar risco à saúde; dever ter cor, cheiro, sabor aceitáveis evitando que o indivíduo busque fontes alternativas não seguras; e deve ser acessível. As necessidades especiais dos indivíduos devem ser levadas em consideração e o caminho percorrido para coleta não pode apresentar riscos de ataque, seja de animais ou de pessoas. Além disso, deve estar disponível a um preço acessível para a população. O preço gasto pelo indivíduo para ter acesso à água não pode prejudicar a aquisição de outros bens essenciais, como alimentação, moradia e cuidado com a saúde (OHCHR,2010^a; WINKLER e ROAF,2015).

Assim, o documento reconhece que todas as pessoas necessitam de acesso à água em quantidade suficiente para beber, cozinhar, fazer a higiene pessoal e da casa, além de acesso a serviços de esgoto que não comprometam sua saúde ou dignidade (OHCHR,2010a). A falta destes recursos afeta tanto a saúde como a qualidade de vida. Bain *et al.* (2014) estimam que 1,8 bilhões de pessoas em todo mundo bebem água contaminada com *Escherichia coli*, indicador de contaminação fecal. Além disso, de cada cinco pessoas, quatro não lavam as mãos após contato com urina e/ou fezes, o que pode provocar o surgimento de várias doenças(WWAP,2015). O simples ato de lavar as mãos com sabão reduz substancialmente a prevalência de doenças como a diarreia, responsável pela morte de 760 mil crianças abaixo de cinco anos, a cada ano, em todo mundo (WHO,2013). Além de ser elemento essencial para redução da mortalidade infantil, o acesso à água e ao esgoto diminui a prevalência de má-nutrição e de doenças tropicais como malária, dengue, Chikungunya e Zica (HELLER,2015). Em locais onde a água é escassa, muitas famílias optam por utilizar vasilhames para estocá-la. Esses recipientes, muitas vezes, podem estar mal higienizados, comprometendo a qualidade e a segurança da água, ou podem acondicionar a água de maneira imprópria, levando ao aparecimento de larvas de mosquitos vetores. A alta incidência de arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti* em 2015/16, no Brasil, por exemplo, pode estar associada à crise no abastecimento de água, que vem obrigando muitas famílias a armazenar a água.

Aliada à prevalência de doenças infecto-parasitárias, a falta de acesso, principalmente em áreas rurais, contribui para a desigualdade de gênero. Em muitos países, as pessoas responsáveis pela coleta de água e a limpeza do ambiente doméstico são as mulheres ou crianças, que se tornam vulneráveis à violência e aos abusos sexuais, que podem acontecer durante o percurso. Em alguns casos elas chegam a gastar mais de 1 hora na coleta e realizam



várias viagens por dia, reduzindo o tempo que poderia ser utilizado em atividades geradoras de renda, no cuidado da saúde dos filhos e nas atividades escolares (CAMPBELL et al, 2015; SORENSON, MORSSINK, CAMPOS, 2011). Koowal e Walle (2013) observaram que quando o tempo gasto na coleta de água é reduzido, as tarefas de casa podem ser reorganizadas de modo a permitir que as meninas possam frequentar a escola. Em Ghana, foi observado que ao reduzir o tempo de coleta de água em 15 minutos, aumentava-se de 8 a 12% o número de meninas entre 5 a 15 anos que frequentavam a escola; já no Yemen e Paquistão, ao reduzir o tempo de coleta em uma hora, aumentava-se a frequência das meninas na escola em 10 e 12% respectivamente (WWAP, 2015; KOOLWAL e WALLE, 2013). Além disso, quando a distância para a coleta de água é superior a 30 minutos, coleta-se um volume menor do que o estimado para as necessidades pessoais e domésticas, o que compromete a higiene e resulta no aparecimento de doenças, especialmente desnutrição e diarreia (PICKERING e DAVIS, 2012). Estudo realizado em 2012 por Pickering e Davis aponta que diminuir em 15 minutos o tempo gasto na coleta de água pode reduzir a mortalidade de crianças abaixo de cinco anos em 11% e a prevalência de diarreia ou desnutrição em 41%. Além disso, a redução da higiene durante o período menstrual pode provocar infecção do sistema reprodutor, inflamação da pelve e infertilidade. A higiene precária pode provocar, ainda, infecções do trato urinário diretamente associado a partos prematuros, má-formação fetal, e pré-eclâmpsia (CAMPBELL et al, 2015). Junto a isso, o peso da água, muitas vezes carregado sobre a cabeça, pode causar dores osteomusculares e aborto prematuro^{23,24}. Aliado à diminuição da distância a ser percorrida para a coleta, a redução no preço da água também tem efeitos benéficos na saúde das crianças e das mulheres, uma vez que permite o aumento da quantidade de água consumida pela família.

Com relação ao esgotamento sanitário, estudos (CAMPBELL et al, 2015; NAUGES e STRAND, 2011) apontam que as mulheres evitam utilizar as instalações públicas durante o dia para poder manter a privacidade, saindo à noite, o que aumenta o risco de violência. Além disso, reduzem a ingestão de água para diminuir a frequência com que utilizam essas instalações. Segundo Campbell *et al.* (2015), os processos biológicos que incluem defecação, menstruação e urina, são privados e em alguns países considerados vergonhosos. Com isso, a falta de instalações sanitárias adequadas implica em medo, estresse psicológico e redução da autoestima das mulheres, uma vez que não conseguem manter o autorrespeito e a reputação social. Estudo realizado por Nauges e Strand (2011) demonstrou que nas escolas com banheiros mistos as meninas também evitam beber água e que muitas meninas não frequentam a escola para não utilizar estas instalações. Em Bangladesh, algumas escolas, depois de separar os banheiros por sexo, verificaram um aumento de 11% na frequência das meninas, indicando que o acesso adequado às instalações sanitárias pode auxiliar na equidade do acesso à escola (NAUGES e STRAND, 2011).

O objetivo 7 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), *Assegurar um Desenvolvimento Sustentável*, tinha como uma de suas metas reduzir para metade, até 2015, com base nos índices de 1990, a proporção de população sem acesso à água potável segura e ao esgotamento sanitário (UN, 2000). Os ODM foram definidos em Assembleia Geral das Nações Unidas em 2000 e tinham como finalidade o desenvolvimento. Para tanto, governos, comunidade internacional, sociedade civil e setor privado deveriam se unir em torno de objetivos concretos. O prazo dos ODM terminou e com relação ao acesso à água a meta foi



atingida em 2010, 5 anos antes do prazo estabelecido, embora haja questionamentos sobre o padrão de acesso empregado para o monitoramento das metas (WHO,2015). Dados da WHO/UNICEF (2015) demonstram que, de 1990 a 2015, 2,6 bilhões de pessoas em todo o mundo ganharam acesso melhorado à água, representando um aumento na cobertura global de 91%. No que se refere ao esgotamento sanitário, no entanto, os progressos foram menores e a meta não foi atingida, identificando-se aproximadamente 1 bilhão de pessoas ainda defecando ao ar livre.

Apesar de a meta referente ao acesso à água ter sido considerada atingida, é importante ressaltar que os princípios dos direitos humanos ficaram ausentes dos ODM (BROWN, NEVES-SILVA, HELLER, 2015). Logo, questões como a não discriminação não foram contempladas. Observa-se, assim, muita desigualdade no acesso, uma vez que idade, sexo, etnia, deficiência e situação socioeconômica colocam algumas pessoas em desvantagem (ALBUQUERQUE,2012). Segundo Albuquerque(2012), os governos não se empenharam em garantir o acesso para os mais vulneráveis. Além disso, os ODM também não avaliaram a qualidade da água disponível, se a disponibilidade é contínua, qual a distância percorrida para chegar até a fonte, entre outras questões que interferem no acesso e na quantidade de água coletada (WHO,2012). Verifica-se, com isso, a importância de se estabelecerem novas metas que combatam a discriminação e a iniquidade.

Segundo relatório publicado pela UNICEF, em 2015, ainda existem muitas disparidades com relação ao acesso à água e ao esgotamento sanitário. Enquanto as populações que vivem em regiões mais desenvolvidas conseguiram acesso universal a estes recursos, 48 países considerados de baixo desenvolvimento ainda apresentam grandes deficiências, principalmente na África Subsaariana e no sudeste asiático. Além disso, o mesmo relatório aponta que 8 de 10 indivíduos que ainda utilizam fontes inapropriadas de água e 9 de 10 que praticam defecação ao ar livre vivem em áreas rurais. Esse relato demonstra que, apesar dos avanços, as populações mais vulneráveis são as que seguem em desvantagem com relação ao acesso à água e ao esgotamento sanitário.

Com o intuito de dar continuidade aos avanços proporcionados pelos ODM, mas agora incluindo princípios dos direitos humanos, em 2015 foram pactuados os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com a finalidade de erradicar a pobreza em todas as suas dimensões (UN,2015). Os 17 objetivos se baseiam na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Tratados Internacionais de Direitos Humanos e almejam o combate à iniquidade e a promoção dos direitos humanos para todos, sem discriminação. Eles são integrados e indivisíveis se equilibrando nas dimensões econômica, social e ambiental do desenvolvimento sustentável. Ao reconhecerem que a dignidade da pessoa humana é fundamental e que para conseguir erradicar a pobreza é necessário valorizar as demandas das populações vulneráveis, salientam a necessidade de empoderamento deste grupo populacional. Além disso, reafirmam a “responsabilidade de todos os Estados em respeitar, proteger e promover os direitos humanos e as liberdades fundamentais para todos, sem distinção.” Ninguém deve ser deixado para trás(UN,2015).

Com relação ao DHAES foi pactuado o objetivo 6 “*Garantir disponibilidade e manejo sustentável da água e esgotamento sanitário para todos até 2030*”, contemplando 6 metas. As



metas 6.1 e 6.2 visam, respectivamente, eliminar a desigualdade no acesso à água potável para que todos, sem discriminação, possam ter acesso à água segura e de qualidade; e garantir acesso adequado ao esgotamento sanitário visando acabar com a defecação ao ar livre e dando especial atenção às necessidades das mulheres e daqueles em situação de vulnerabilidade (UN,2015). Estes novos objetivos, construídos sobre o referencial dos direitos humanos e visando a sustentabilidade, vêm responder às questões de iniquidade observadas na realização dos ODM.

Assim, intervenções para melhorar o acesso à água e ao esgotamento sanitário, baseadas nos direitos humanos, sem discriminação, com participação social, transparência e responsabilidade, podem fazer diferença na vida e na saúde das populações vulneráveis, principalmente mulheres e crianças, resultando em melhoria do bem-estar, redução da mortalidade infantil, redução da desigualdade de gênero, melhora no acesso à educação, melhora da qualidade de vida e redução da pobreza.

Considerações finais:

Conforme acentuado neste artigo, a adoção do referencial dos Direitos Humanos, neste caso do DHAES, pode ser instrumento primordial para a promoção da saúde de populações vulneráveis, uma vez que pode propiciar mudanças estruturantes nos determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado tendo como base os princípios dos direitos humanos garantindo a justiça, a dignidade e a equidade. O DHAES reconhece que o acesso a esses serviços é um direito dos indivíduos e uma obrigação do Estado, não podendo ser considerado um ato de caridade. Assim, ao considerar o acesso à água como direito humano, a comunidade, principalmente as populações vulneráveis, em princípio as que mais têm seus direitos violados, podem reivindicá-lo, utilizando para isso, caso necessário, o sistema jurídico e os tribunais. Sendo a participação social um princípio importante do referencial dos Direitos Humanos, as populações vulneráveis passam a ter direito a participar dos processos de tomadas de decisão, tendo suas demandas e necessidades ouvidas e valorizadas.

Referências

1. ADGER, W.N. Vulnerability. *Global Environmental Change* 2006; (16):268-281.
2. Albuquerque C. *Integrating non-discrimination and equality into the post-2015 development agenda for water, sanitation and hygiene*. Geneva:UN; 2012.
3. AYRES, J.R., PAIVA, V., FRANÇA-JR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da historia natural da doença ao quadro de vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012. p-77-94.
4. AYRES, J.R.C.M et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. organizadora. *Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.121-143.



5. BAIN, R. et al. Global assessment of exposure to faecal contamination through drinking water based on a systematic review. *Tropical Medicine and International Health* 2014; 19(8): 917-927.
6. BROWN, C., NEVES-SILVA, P., HELLER, L. The human right to water and sanitation: a new perspective for public policies. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(3):661-670.
7. BUCHALLA, C., PAIVA, V. Comentário: da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (Supl4):117-119.
8. BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D, organizadora. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.p19-42.
9. CAMPBELL, O.M.R et al. Getting the basic rights - the role of water, sanitation and hygiene in maternal and reproductive health: a conceptual framework. *Tropical Medicine & International Health* 2015; 20(3):252-267.
10. CZERESNIA D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D. organizadora. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.p.43-58.
11. DELOR, F; HUBERT, M. Revisiting the concept of vulnerability. *Social Science and Medicine* 2000; (50):1557-1570.
12. GRUSKIN, S; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá; 2012.p 23-33.
13. HELLER, L. The crisis in water supply: how different it can look through the lens of the human right to water?. *Cad. Saúde Pública* 2015; 3(3):447-44.
14. KOOLWAL, G; WALLE, D. Access to Water, Women's Work, and Child Outcomes. *Economic Development and Cultural Change* 2013; 61(2):369-405.
15. MALTA, D.C et al . A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(11): 4301-4312.
16. MANN, J. Health and human rights: Protecting human rights is essential for promoting health. *BMJ* 1996; (312):924-925.
17. NAUGES, C; STRAND, J. *Water hauling and girls' school attendance: Some new evidence from Ghana*. Policy research working paper No. 6443. Washington: The World Bank. 2011.
18. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *General Comment No. 15: The Right to Water (Arts. 11 and 12 of the Covenant)*. Geneva: OHCHR; 2010.
19. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). *The Right to Water. Factsheet No. 35*. Geneva:OHCHR, 2010.



20. PICKERING, A; DAVIS, J. Freshwater availability and water fetching distance affect child health in sub-Saharan Africa. *Environmental Science and Technology* 2012; (46):2391-2397.
21. SORENSON, S.B; MORSSINK, C; CAMPOS, P.A. Safe access to safe water in low income countries: Water fetching in current times. *Social Science & Medicine* 2011; (72): 1522 – 1526.
22. United Nations (UN). The Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights-Based Approach to Water in Informal Settlements: A Guide for Practitioners*. Geneva: UN; 2015.
23. United Nations (UN). *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* . Geneva: UN; 2015.
24. United Nations (UN). *Resolution adopted by the General Assembly: United Nations Millennium Declaration*. Geneva: United Nations; 2000.
25. United Nations Development Group (UNDG). *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Geneva: UNDG; 1997.
26. United Nations General Assembly (UNGA). *Human Right to Water and Sanitation*. UN Document A/RES/64/292. Geneva: UNGA; 2010.
27. United Nations World Water Assessment Programme (WWAP). *World Water Development Report 2015: Water for a Sustainable World*. Paris: UNESCO; 2015.
28. WINKLER, I; ROAF, V. The human rights framework for water services. In: Bartram J, with Baum R, Coclanis P., Gute DM, Kay D, McFadyen S, Pond K, Robertson W, Rouse MJ editor. *Routledge Handbook of water and health*. London: Reutledge; 2015.p.514-52.
29. World Health Organization (WHO), UNICEF *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation. Update 2015*. Geneva: WHO/UNICEF; 2015.
30. World Health Organization (WHO). *Diarrhoeal Disease. FactSheet No 333*. Geneva: WHO; 2013.
31. World Health Organization (WHO), United Nations Children's Emergency Funds (UNICEF). *Joint monitoring program for water supply and sanitation. Progress on drinking water and sanitation. Update 2012*. Geneva: WHO; 2012.

¹ Artigo originalmente publicado pela Revista Ciência e Saúde Coletiva na edição Volume 21. Número 6. Ano de 2016.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#affl