

Policy Brief 5

ACESSO À ÁGUA NAS UNIDADES SANITÁRIAS E VIOLAÇÃO DE DIREITOS HUMANOS

Mensagens-chave

- Os esforços de redução da vulnerabilidade dos agregados familiares devido às doenças da limpeza devem incluir as infecções nosocomiais cuja origem está na falta de água nas Unidades Sanitárias (US).
- As políticas disponíveis para orientar e regular o abastecimento de água e saneamento, embora suficientemente informativas, dão primazia às escolas e tendem a secundarizar as US do meio rural.
- O governo deve especificar nos indicadores de ouro do PRONASAR pelo menos um que se dedique à colocação de fontes de água nas US, pois só assim podem ser corrigidas as desigualdades no seu acesso.
- A equidade na distribuição do Orçamento do Estado só pode ser alcançada se houver uma rubrica explícita para água e saneamento nos orçamentos distritais, alimentada pelo orçamento provincial e os PESODs. O governo deve tornar a água uma prioridade política efectiva através da alocação de recursos durante a planificação local.
- Os executivos ao nível central e provincial devem fazer descer o discurso e compromisso com o provimento de água às US para garantir que as actuais distorções e iniquidades na alocação de fontes de água às comunidades no geral, e às US em particular, sejam corrigidas.
- O governo deve adoptar uma abordagem integrada no processo de expansão de fontes de água, garantindo que a implantação de US pelo MISAU seja precedida pela realização de estudos geofísicos pelas Obras Públicas.
- Os parceiros de cooperação, para além de incrementar recursos para o sector de água e saneamento, devem coordenar e partilhar informação relevante entre si e com o governo para uma melhor implementação dos projectos do sector.



Sumário executivo

Moçambique tem evoluído bastante na criação de políticas para regular o sector de água e saneamento. Contudo, esses instrumentos de governação negligenciam o provimento de água às US do meio rural, o que levanta problemas sérios de saúde pública e violação dos direitos humanos dos trabalhadores e das comunidades locais. Esta subalternização do acesso à água nas US não resulta apenas das lacunas nas políticas públicas nacionais, é também explicada pelas desarticulações sectoriais e, sobretudo, pela falta de recursos financeiros. O presente documento procura demonstrar, com base em evidências recolhidas em Niassa e Cabo Delgado, a necessidade de tanto o governo quanto os parceiros de cooperação internacional incrementarem os recursos para o sector de água e saneamento, garantindo assim que as populações tenham acesso a água de qualidade e os profissionais de saúde desempenhem as suas funções em condições de higiene dignas.

Análise situacional e contexto político e legal envolvente da provisão de água em moçambique

De modo a garantir que os agregados familiares tenham acesso à água o Governo de Moçambique (GdM) conta com pelo menos sete políticas que regulam as actividades do sector, nomeadamente: (1) Programa Nacional de Abastecimento de Água - que operacionaliza o Plano Estratégico de Abastecimento de Água Rural - financiado através de Fundo Comum e por projectos de abastecimento de água e saneamento; (2) Política de Águas cujo objectivo se centra na expansão do acesso a água e saneamento; (3) Plano Estratégico de Abastecimento de Água Rural, com visões de médio e longo prazos, alinhados com os objectivos de desenvolvimento sustentável; (4) Código de Conduta para o Sector de Águas, assente na declaração de Paris sobre a harmonização da ajuda; (5) Declaração da Conferência Nacional de Saneamento, que para além das preocupações com o abastecimento de água e saneamento, inclui



manutenção das infraestruturas, transparência e mobilização de recursos; (6) Estratégia Nacional de Água e Saneamento Urbano; (7) Manual de Implementação de Projectos de Abastecimento de Água Rural - que procura orientar e harmonizar a participação de todos os intervenientes na extensão de cobertura da Água Rural (IWA 2013, ROSC 2014, Mais Vida 2016).

Embora o conjunto de dispositivos arrolados seja suficientemente orientadores, enferma de uma lacuna fundamental dado tomar como adquirido o acesso à água nas unidades sanitárias. Ou seja, em nenhum destes documentos está explicitamente indicada a necessidade de garantir que cada unidade sanitária do país disponha de pelo menos uma fonte de água funcional, independentemente da densidade populacional que caracteriza as comunidades por ela servidas. Efectivamente, quando compulsado o Diploma Ministerial nº 258/2010, referente ao Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONASAR), observa-se que na secção consagrada às estratégias de implementação, concretamente na subsecção que versa sobre o módulo de sustentabilidade, o documento indica que será provido o abastecimento de água, promoção de higiene e saneamento nas escolas e postos de saúde naqueles locais de baixa ou cobertura ausente. No entanto, na secção em que se aborda o estímulo à procura, o programa debruça-se sobre a promoção da água, higiene e saneamento apenas nas comunidades e escolas.

Contudo, essa lacuna parece ser minimizada pelos instrumentos legais que estabelecem a caracterização e classificação técnica das instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Com efeito, para além de arrolarem os aspectos referentes à parte biomédica, documentos como o Diploma Ministerial nº 127/2002, que especifica os critérios para a classificação das unidades de nível primário, específica no artigo 5, no ponto 6, alínea f) Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de água corrente como uma das características infraestruturais mínimas para um Centro de Saúde Rural do Tipo I. Apesar disso, as evidências que apresentamos sobre Niassa e Cabo Delgado revelam a existência de um número significativo de US rurais que não dispõem de uma única fonte de abastecimento de água. Estes resultados, e considerando as desarticulações sectoriais e interinstitucionais no aparelho de administração pública nacional, levam-nos a crer que só uma especificação em documentos como o PRONASAR é que preveniria que determinadas US experimentassem situações de saneamento deficiente. Uma das formas de ultrapassar essa lacuna poderia ser através da inclusão nos indicadores de ouro do PRONASAR, um que estivesse exclusivamente relacionado com o provimento de fontes de água às unidades sanitárias das zonas rurais. Alternativamente, enquanto decorre a revisão do PRONASAR para ajustá-lo aos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, as especificações relacionadas com o provimento de fontes de água às

unidades sanitárias poderiam constar do Programa Quinquenal do Governo (PQG). A apresentação de questões específicas neste documento de planificação não seria nova, dado que no PQG 2015-2019, aprovado através da Resolução nº 12/2015, para além de constarem intenções gerais como melhoria da qualidade de serviços de saúde e a expansão dos serviços de abastecimento de água e saneamento, verificam-se referências específicas como por exemplo a elevação dos serviços dos Hospitais Provinciais de Lichinga e Inhambane para o nível dos serviços prestados pelos hospitais provinciais. O presente raciocínio é consentâneo com a evidência fornecida pelo Unicef (2015) sobre a necessidade de fortificar e alargar o escopo das políticas nacionais para que incorporem dimensões concretas que garantam, não só o acesso a água e saneamento mas, também financiamento para que tal seja possível.

Apesar do quadro Político-Legal acima referido consagrar o acesso a água como algo fundamental, em Moçambique apenas 51% dos agregados familiares bebem água de fontes melhoradas. No entanto, as disparidades entre as áreas urbana e rural são elevadas, situando-se na ordem dos 84% e 37% respectivamente. De facto, quando desagregados estes números mostram que no meio rural 63% das fontes são não melhoradas e 42% de poços não protegidos. A este quadro acresce-se o facto de 49% dos agregados familiares rurais precisarem de percorrer mais de 30 minutos a pé para obter água, contrastando com os 18% das zonas urbanas. Note-se que 89% da a população moçambicana bebe água não tratada (MISAU 2011).

Estes dados sugerem alguma vulnerabilidade dos agregados familiares a doenças relacionadas com a limpeza e o consumo de água imprópria. O Inquérito de Indicadores Múltiplos de 2008 já mostrava a gravidade da situação, referindo-se ao facto de nessa altura, 43% da população ter acesso a água potável e só 19% com saneamento seguro. Nas zonas rurais a situação era muito mais crítica pois 30% da população é que tinha acesso a água potável e 6% com saneamento seguro, contra 70% e 47% das zonas urbanas (INE 2008). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 10% do fardo global dessas doenças poderia ser prevenida através da melhoria da disponibilidade de água potável, saneamento do meio, higiene e gestão de recursos hídricos. Com efeito, grande parte da ocorrência de doenças como diarreias, malnutrição, malária e doenças tropicais negligenciadas é atribuível à indisponibilidade de água potável, saneamento inadequado ou higiene insuficiente. Importa referir que a falta de saneamento custa ao sistema de saúde cerca de MZN 730 milhões por ano (Unicef 2015, Mais Vida 2016).

Sob o ponto de vista de disponibilidade de fontes de água, até 2011 o total nacional era de aproximadamente 10769, sendo a distância média para o seu acesso de 6km e distância máxima de 68km. De acordo com a tabela 1, a Província de Gaza era a melhor servida em termos de número de fontes de água (2371), Maputo com a distância máxima mais baixa (29km) e Sofala com a mais reduzida distância média para o acesso a água (4.5km).

Tabela 1: Distâncias médias entre US e fontes de água

PROVÍNCIA/ DISTRITO	DISTÂNCIA MÉDIA (Km)	DISTÂNCIA MÁXIMA(Km)	DISTÂNCIA MÍNIMA(Km)	DESVIO PADRÃO	VARIANCIA	NÚMERO DE FONTES
Cabo Delgado	6.8827	37	0	6.43	41.29	1057
Gaza	4.8292	45	0	4.92	24.18	2371
Inhambane	9.6970	68	0	8.65	74.74	604
Manica	6.3265	45	0	6.53	42.61	680
Maputo Provincia	4.8324	29	0	4.39	19.26	692
Nampula	5.8635	31	0	5.25	27.57	901
Niassa	5.6319	34	0	5.73	32.83	690
Sofala	4.5717	54	0	5.91	34.98	990
Tete	8.3210	49	0	7.20	51.86	1050
Zambezia	5.5433	33	0	5.23	27.37	1734
Total Nacional	5.9682	68	0	6.05	36.55	10769

Distorções e iniquidades no acesso à água e sua influência na saúde pública

Moçambique faz parte dos países africanos que possuem, e consistentemente utilizam, dados disponíveis para a alocação de recursos no sector de água e saneamento (Glaas 2015). Todavia, como já referido, grande parte das bases de dados disponíveis são incompletas e negligenciam aspectos cruciais como o fornecimento de água às unidades sanitárias. Por outro lado, apesar de o PRONASAR beneficiar de financiamento da comunidade internacional, muito permanece por ser feito ao nível político, sobretudo no que concerne à redução das desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água, incluindo nos próprios organismos do estado, como parece ser o caso das unidades sanitárias. Neste ponto, tal como enunciam Anselmi et al. (2015) seria fundamental definir com clareza objectivos de equidade de modo a informar e avaliar as políticas de alocação de recursos ao sector.

Com efeito, a centralidade do discurso sobre o acesso a água nas políticas do sector constitui uma oportunidade para o SNS verificar o efeito da escassez deste precioso líquido nas unidades sanitárias. De facto, parece constituir um flagrante paradoxo que a instituição responsável pela promoção da saúde e higiene individual não seja capaz de garantir que suas unidades orgânicas mantenham padrões de higiene mínimos ou, então, quando o consegue fá-lo às custas da saúde dos utentes e agentes de serviço que, em muitos casos, têm de percorrer mais de 7km, duas a três vezes ao dia para ir buscar água à fontanária mais próxima, o que poderia ser considerado uma violação dos direitos humanos destes profissionais. Além disso, à medida que aumenta a demanda pelos serviços de saúde

também cresce o risco de infecções nosocomiais, pois a falta de água não possibilita uma adequada limpeza e lavagem do material médico hospitalar.

O financiamento ao acesso à água ocorre por duas vias fundamentais: com fundos próprios do Orçamento do Estado (OE) e com o financiamento providenciado pelos parceiros internacionais. A abertura de fontes e o abastecimento de água são planificados pelos governos distritais. Entretanto, no que se refere aos recursos financeiros do Estado, tudo indica existir um conflito na escolha entre satisfazer as necessidades das comunidades e o das US. Os actores no terreno referem ser politicamente vantajoso satisfazer as comunidades, pelo retorno que daí advém em períodos eleitorais, do que correr o risco de ser penalizado nas urnas. Curiosamente, grande parte dos parceiros de cooperação privilegia também as comunidades, havendo casos de sobreposição em áreas de actuação. Este último aspecto tem que ver com deficiente coordenação por parte do governo devido à fraqueza das instituições locais e desejo de visibilidade de cada parceiro que implementa determinado projecto. Um dos grandes desafios dos actores que operam no sector é o de incrementar a eficiência na utilização dos fundos disponíveis (WSP 2011).

Por conseguinte, os executivos ao nível central e provincial têm o desafio de fazer descer o discurso e compromisso com o provimento de água às unidades sanitárias. Efectivamente, os governadores e directores provinciais parecem mostrar, ao nível do discurso, uma preocupação genuína com as condições de saneamento nas unidades sanitárias. No entanto, os distritos parecem estar apenas focados em prioridades relacionadas com o aumento da produção e melhoria das condições de trabalho das administrações locais. Dado a planificação, e parte da execução orçamental, ocorrer a este nível, se o apetrechamento das unidades sanitárias com fontes de água não constituir um objectivo de política interiorizado pelos agentes do governo distrital, corre-se o risco de prevalecerem as actuais distorções e iniquidades na alocação de fontes de água às comunidades no geral e às unidades sanitárias em particular.

De acordo com o relatório do Unicef (2015), a definição mais comum sobre o acesso à água, que considera a existência de uma fonte dentro ou fora das instalações, negligencia questões relacionadas com a segurança. O estudo evidencia que a falta de água constitui a principal causa de morte por sépsia, sendo que no mundo esta infecção provoca mais de 430 mil mortes por ano. Além disso, a falta de água nas US pode representar uma das principais variáveis que afecta a taxa de crescimento de partos institucionais, podendo inclusive levar as mulheres a adiarem a busca de serviços de saúde especializado. A água tem também impacto considerável na nutrição, sendo possível destacar três mecanismos biológicos de ligação, nomeadamente ataques repetidos de diarreia, infecções parasíticas intestinais e disfunção entérica

ambiental. Todavia, as políticas de águas em Moçambique quase não mencionam a questão da desnutrição, o que poderá revelar acções descoordenadas e separadas entre as duas áreas de actuação do executivo (Wateraid 2016).

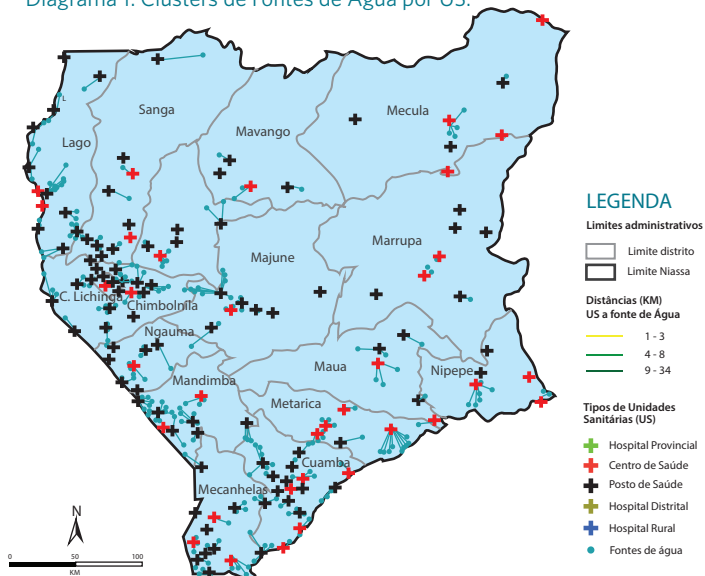
Nos parágrafos seguintes apresentamos dois casos ilustrativos, nomeadamente Niassa e Cabo Delgado, onde decorre o projecto MaisVida, um consócio liderado pela N'weti e que inclui o Centro de Integridade Pública (CIP) e o Centro de Aprendizagem e Capacitação da Sociedade Civil (CESC). As evidências apresentadas foram recolhidas e estruturadas com base no Sistema de Informação Geográfica, comumente conhecido por GIS, através de uma combinação de dados de 2007, 2011 e 2016.

Niassa

A Província de Niassa constitui o único caso no país onde, no âmbito da transparência e prestação de contas, publica *online* as despesas de nível provincial, considerando o que está inscrito no OE. Com efeito, a província consagrou aproximadamente 10 milhões de meticais em 2014 e 32 milhões de meticais em 2015 para a promoção da água, saneamento, saúde e higiene. O diagrama 1, para além de revelar a ausência de qualquer fonte de água em mais de 20 unidades sanitárias, mostra uma forte concentração dos serviços de saúde na zona oeste da província, onde provavelmente se observa maior densidade populacional. De acordo com os dados da Direcção Provincial das Obras Públicas e Habitação, em 2016 foram abertas 160 fontes de água e recuperadas mais de 100 avariadas.

Outro aspecto relevante prende-se com o facto de a actual situação de crise económica ter obrigado a que todo este investimento fosse feito com o prejuízo dos empreiteiros locais dado até à presente data não terem sido pagos. Isto significa que os recursos orçamentados para o presente ano deverão priorizar o pagamento das dívidas, colocando um sério risco de limitar ao mínimo o funcionamento dos serviços provinciais. Ainda no ano passado, a Direcção Provincial só conseguiu colocar fontes de água em 10 US.

Diagrama 1: Clusters de Fontes de Água por US.



Para o incremento do acesso a água no geral a província conta com o apoio de alguns parceiros como a JICA (Agência de Cooperação Internacional Japonesa) que abriu cerca de 50 novos furos de água e reabilitou 70 no âmbito do projecto PROSUAS. A SDC (Agência Suíça de Desenvolvimento e Cooperação) que, no contexto do projecto GOTAS, para além do acesso a água procura reforçar os processos de descentralização em curso.

Outro parceiro relevante é a Embaixada da Irlanda que financiou 14 fontes em Cuamba e a instalação de mini-sistemas em Mahua. Como se pode ver, embora o esforço dos parceiros de cooperação seja notável, muito ainda fica por ser feito, sobretudo no que concerne ao provimento de água às US pois nenhum destes projectos previa especificamente os centros de saúde. Por seu turno, o governo local pretende empreender um maior esforço de coordenação e controlo dos actores envolvidos no sector. De facto, existem casos de ONG's internacionais que operam nas comunidades e abrem fontes sem o conhecimento das autoridades provinciais, o que gera duplicações desnecessárias e sistemática exclusão de centros de saúde que precisam de água.

Feita uma leitura por distrito, no diagrama 1, os resultados da análise espacial indicam que Mandimba apresenta o maior número de fontes de água, concretamente 158, seguido de Cuamba com 82, Lago com 80, Lichinga com 76 e Mecanhelas com 69 fontes. Contudo, estes números não reflectem a concentração de fontes de água por unidade sanitária. Assim, os Centros de Saúde (CS) de Lissiete, Ntembo, Mecualo e de Nacumua lideram sob o ponto de vista de acesso a fontes de água. Não obstante, refira-se que a distância média provincial entre uma fonte de água e uma unidade sanitária é de aproximadamente 6km. Esta média poderá esconder problemas de acessibilidade tal como acontece com o CS de Ngõo, no distrito de Lago, em que a fonte de água mais próxima situa-se a 12 km (ida) e que para além do CS serve cerca de um total de 5.925 pessoas.

No distrito de Mandimba, onde o CS de Chiúta serve cerca de 6.374 pessoas, a única fonte de água que abastece a US localiza-se a 19 km (ida). No distrito de Cuamba, o CS de Lúrio é servido por 4 poços de água com uma distância média de 11km (ida). Situação similar encontramos no CS de Sale, com acesso a 2 fontes a uma distância média de 12km (ida). Consecutivamente, no distrito de Marrupa, o CS de Nungo é abastecido por um poço que dista a 7km (ida) e o mesmo fornece água a um total de 6.712 pessoas. Por seu turno, os centros de saúde de Lupalani e Nairrubi buscam água a uma distância média de 21km (ida) e 22km (ida), respectivamente. À semelhança dos dois anteriores, no distrito de Sanga, o CS 2o Congresso só tem água disponível a 18km (ida). No entanto, o caso mais grave parece ser o do CS de Matchedje, ainda em Sanga, que possui uma fonte de água posicionada a 34km, conforme se pode observar no diagrama 2, abaixo.

Diagrama 2: Fontes de água por US e distâncias percorridas

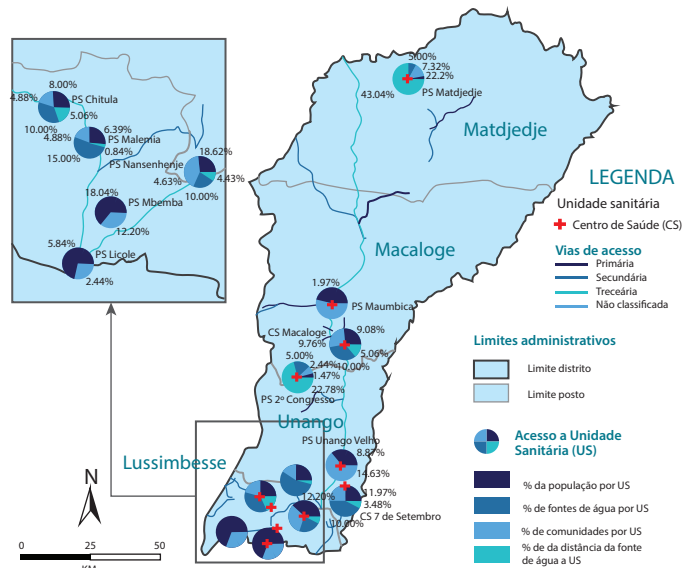
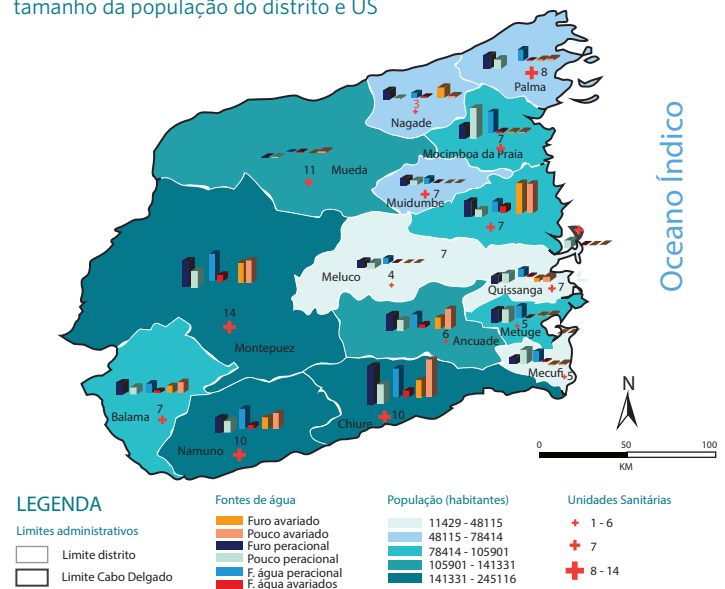


Diagrama 3: Distribuição de fontes de água por tamanho da população do distrito e US



Apesar do cenário acima descrito, quando comparada a distância média entre unidades sanitárias e fontes de água de Niassa com as de outras províncias, esta parece ser das menos problemáticas pois Tete e Inhambane percorre-se 8km a 10km, respectivamente, tal como o ilustra a tabela 1 numa das secções acima.

Cabo Delgado

A informação disponível na Direcção Provincial de Obras Públicas de Cabo Delgado indica que foram abertas no ano passado, no quadro do PRONASAR, 60 fontes de água, concretamente em Balama, Namuno e Muedumbe. E com base nos Fundos de Investimento do Distrito foram reabilitadas mais de 300 fontes. No total a província tem 2970 fontes operacionais e um registo de aproximadamente 500 avariadas. Os números aqui apresentados revelam a necessidade de se empreender um maior esforço financeiro para alcançar o maior número de comunidades e infraestruturas públicas como unidades sanitárias.

Comparativamente com Niassa, Cabo Delgado apresenta uma melhor distribuição geográfica dos centros de saúde, não se verificando o tipo de concentração que observamos em Niassa. Não obstante, também nesta província observa-se a existência de centros de saúde sem acesso a fontes de água. Por exemplo, no distrito de Mueda, os centros de saúde de Namaíl, Ncapa, Negomano não apresentam qualquer fonte de água. O mesmo cenário ocorre no CS de Minhanha, distrito de Meluco, CS de Namapa e Papai no distrito de Namuno, CS de Mazeze e CS de Muege no distrito de Chiúre. O diagrama 3, que mostra a distribuição de fontes de água por tamanho da população do distrito e US, aponta para Balama, Namuno, Ancyabe e Montepuez como os casos mais críticos sob o ponto de vista de sustentabilidade. O caso mais grave parece ser o de Macomia que, de acordo com dados recentes, apresenta as taxas de inoperância mais altas de toda a província.

Por conseguinte, a ausência de fontes de água nas unidades sanitárias e suas imediações cria dramas humanos, para além dos perigos inerentes ao facto de esses centros se poderem transformar em locais de reprodução de doenças infecciosas em vez de proporcionarem cura aos pacientes que deles se servem. Por exemplo, no Centro de Saúde de Nairoto, o agente de serviço percorre 5 km (ida) para buscar água junto ao rio Messalo e tem de fazer 2 vezes esse percurso, o que totaliza em média 20 km por dia. O trabalhador começa a ressentir-se de fadiga e reumatismo.

O mesmo padrão reproduz-se em outros dos vários distritos que compõem a província de Cabo Delgado. Nem mesmo os hospitais rurais nas sedes distritais escapam ao problema da falta de água. O Hospital Rural de Montepuez é um desses casos e a questão tem sido mitigada com recurso a um tractor cisterna do Conselho Municipal que, todos os dias, abastece essa unidade hospitalar. No entanto, esta constitui uma medida provisória e sem sustentabilidade alguma, pois inflaciona os custos das actividades do distrito.

O engajamento possível: mini-sistemas ou bombas manuais? Opções baratas e a questão da sustentabilidade

Dentro das hierarquias do sector de águas parece não haver clareza sobre o tipo de fontes a implantar, considerando a sua sustentabilidade. Efectivamente, os directores provinciais das Obras Públicas sentem-se mais inclinados a promover os pequenos sistemas em vez das bombas manuais. Embora estejam cientes dos altos custos envolvidos nesta opção, consideram as suas vantagens incomparáveis. Referem que os mini-sistemas, se implantados nas unidades sanitárias, podem garantir a preservação da fonte, sob o ponto de vista

de contaminações, e sua manutenção pode ser relativamente fácil se feita pelas autoridades de saúde ou das obras públicas. Contudo, a experiência do terreno fornece evidências contrárias a esta compreensão do executivo provincial. Muitos dos mini-sistemas implantados nos organismos do Estado estão inoperacionais e não está claro sobre a quem recai a responsabilidade em termos de manutenção e reparação, o que perpetua a sua ineficiência.

No contexto da comunidade, apesar do potencial que os mini-sistemas apresentam na redução dos tempos de espera e o facto de poderem alcançar mais famílias, esta opção fica altamente limitada às capacidades e recursos da própria comunidade. Com efeito, a gestão das fontes de água no meio rural é realizada pelos Comitês de Água e os resultados do seu desempenho são mistos, observando-se variações regionais e provinciais. Por exemplo, se na Província de Niassa um comité é responsável por uma fonte de água, em Cabo Delgado o cenário é diferente, um comité gere todas as fontes do posto. Contudo, nas duas províncias verifica-se grande mobilidade dos membros destes arranjos institucionais, havendo a tendência para serem as mesmas pessoas nos Comitês de Água, Comitês de Saúde e em outras formas locais de organização. Este padrão decorre do facto de estes membros serem os únicos com as qualificações académicas mais altas no meio em que estão inseridos.

Se considerarmos as desarticulações sectoriais dentro do Aparelho do Estado, a gestão das fontes das unidades sanitárias poderia ser atribuída à comunidade mas, para o efeito, seria necessário definir o modelo de Comité de Água a ser promovido. Ao se proceder desta forma estar-se-ia a criar

uma oportunidade de fortificar este arranjo local, sendo que o governo, a título de incentivo, poderia alocar um pequeno fundo para os comités comprarem peças sobressalentes, os artesãos e mecânicos locais beneficiem de formações básicas em princípios elementares de mecânica e, assim, poderem manter as fontes operacionais. Este esforço deverá ser combinado com outros de dimensão socioeconómica para reduzir a emigração de muitas das pessoas treinadas para cuidar das fontes, tal como aponta Ducrot (2016). Outro desafio, não menos importante, prende-se com a utilização de uma abordagem integrada cuja operacionalização consistiria na realização de estudos geofísicos pelas obras públicas antes da implantação de uma determinada US pelo MISAU.

Conclusões

As políticas nacionais do sector de águas precisam de ser ajustadas para acomodar a problemática da falta de água nas unidades sanitárias. Isto implica um maior compromisso por parte das autoridades nacionais e dos parceiros internacionais no que concerne aos tectos orçamentais colocados à disposição para resolver este problema. O presente documento apresenta evidência robusta sobre os dramas humanos e os riscos relacionados com a falta de água nas US. Só o aumento de recursos financeiros e uma planificação informada logrará resultados satisfatórios tanto ao nível das políticas nacionais quanto nas internacionais, como é o caso dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável.

Referências Bibliográficas

Anselmi, Laura, Mylène Lagarde, Kara Hanson. 2015. "Going beyond horizontal equity: An analysis of health expenditure allocation across geographic areas in Mozambique". *Social Science & Medicine*, 130, 216-224.

Diploma Ministerial n 127/2002. Caracterização técnica, enunciado de funções específicas, critérios e mecanismos para a classificação das instituições do SNS, de Nível Primário. Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique.

Diploma Ministerial n 258/2010. Programa Nacional de Abastecimento de Água e Saneamento Rural (PRONAŞAR). Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique.

Ducrot, Raphael. 2016. "When good practices by water committees are not relevant: Sustainability of small water infrastructures in semi-arid Mozambique". *Physics and Chemistry of the Earth*, in Press, 1-11.

Glaas. 2015. "Investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities." *World Health Organization*.

IWA 2013. "Mapping human resources capacity gaps in the water sector supply and sanitation sector." *Country Brief Note - Mozambique*.

INE. 2008. "Relatório Final do Inquérito de Indicadores Múltiplos, Maputo."

Mais Vida 2016. Uma Unidade Sanitária - "Uma Fonte de Água, Estratégia de advocacia para a melhoria da disponibilidade de água nas unidades sanitárias de Cabo Delgado e Niassa." Maputo.

MISAU, Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). 2011. "Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde." Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI.

Resolução n 12/2015. Programa quinquenal do Governo para 2015-2019. Maputo: Imprensa Nacional de Moçambique.

ROSC. 2014. "O direito à água e ao saneamento como um pilar chave para o desenvolvimento humano." *Policy Brief No 3*, Setembro.

Unicef. 2015. "Water, sanitation and hygiene in health care facilities. Status in low-and middle-income countries and way forward." *World Health Organization*.

WaterAid. 2016. "Os ingredientes ausentes: os responsáveis pelas decisões estão a fazer o suficiente pela água, o saneamento e a higiene para acabar com a desnutrição?" *Healthy Start*.

WSP. 2011. "Water supply and sanitation in Mozambique. Turning finance into services for 2015 and beyond." *An AMCOW Country status overview*.

Ficha Técnica

Propriedade: Consórcio Mais Vida e Fórum de Monitoria do Orçamento (FMO)

Redacção e coordenação editorial: N'weti.

Agradecimentos: CESC, CIP e WaterAid.

Este documento reflecte a posição de organizações da sociedade civil consorciadas no projecto Mais Vida e representadas no Fórum de Monitoria do Orçamento bem como na Plataforma da Sociedade Civil para Saúde em Moçambique (PLASOC-M).

Citação Sugerida:

N'weti (2017). Acesso À Água nas Unidades Sanitárias e Violação de Direitos Humanos. *Policy Brief 5*. Maputo: Moçambique.

