

## **O SANEAMENTO BÁSICO – UM OLHAR DO SUS – Ministério da Saúde ou Ministério das Cidades?**

O Saneamento Básico no Brasil foi construído em quatro momentos de visões distintas.

O primeiro momento se caracterizou pela ausência governamental nas questões sanitárias (século XVI até meados do século XIX).

No segundo momento o Estado assume diretamente as questões sanitárias, estando intimamente ligado a melhoria da saúde e da produtividade do trabalho (meados do século XIX até o final de 1959).

No terceiro momento inicia-se a bipolarização entre as ações de saúde e as de saneamento, entendendo a saúde ante a uma lógica assistencialista, enquanto o saneamento passa a ser encarado como uma problemática de infraestrutura (a partir de 1960).

Nesse terceiro momento se constrói as condições para a viabilização do Plano Nacional de Saneamento (PLANASA), fruto da ditadura militar que desmontou o Serviço Público Municipal de Saneamento, incentivando a criação das Companhias Estaduais de Saneamento e destinando os recursos públicos para o financiamento do setor de saneamento apenas para estas companhias.

Foi então instituído a época o Banco Nacional de Habitação – BNH (1964); Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS (1965); Fundo de Financiamento para Saneamento – FISANE (1967); Sistema Financeiro de Saneamento (1968); Instituição da Política Nacional de Saneamento e criação do Conselho Nacional de Saneamento (1967); Definição da aplicação de recursos pelo BNH nas operações de financiamento para o saneamento (1969); e a instituição do PLANASA (1971 – 1978).

Surge então o quarto momento com a instituição dos seguintes instrumentos: Lei da Concessão de Serviços Públicos (Lei 8.987/1995); Lei das PPP (Lei 11.079/2004); Lei dos Consórcios Público (Lei 11.107/2005); Lei do Saneamento Básico (Lei 11.445/2007); Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei 12.305/2010); Procedimento de Manifestação de Interesse - PMI (Decreto 8.428/2015); Plano Nacional de Saneamento Básico – PLANSAB; Programa Nacional de Saneamento Rural – PNSR; Novo Marco Regulatório (Lei 14.026/2020); e Nova Lei de Licitações (Lei 14.133/2021).

O setor Saneamento Básico não deixa de ser um caso emblemático com relação ao setor de saúde, mas especificamente com relação ao Sistema Único de Saúde – SUS, por representar um simbolismo legal em razão de total impertinência com a realidade prática e com os dados e informações do setor da saúde por força do descolamento cognitivo.

O Saneamento Básico tem que ser entendido sob a perspectiva do olhar do SUS e não apenas como um problema de infraestrutura.

Os dados do setor (Fonte: Trata Brasil) são alarmantes o que demonstra de certa forma um descaso com relação a uma Política Pública tão importante e relevante para a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas, e ainda, como ação preventiva no combate as doenças de veiculação hídrica e de outras ocasionadas pelo agravo da degradação ambiental:

- São quase 35 milhões de brasileiros sem o acesso ao serviço de abastecimento de água;
- 7,5% das crianças e dos adolescentes têm água em casa, mas não é filtrada ou procedente de fonte segura;
- 7,1 mil piscinas olímpicas de água potável são perdidas todos os dias;
- Quase 100 Milhões de brasileiros não têm acesso ao serviço de esgotamento sanitário;
- Cerca de 13 milhões de crianças e adolescentes não têm acesso ao saneamento básico.

A questão do saneamento básico devido a sua real importância perpassa por temas transversais de grande relevância como a cidadania, o trabalho, a saúde, a educação, o turismo, o mercado imobiliário, a preservação e outros que regem o conceito de Saúde Planetária.

Tão importante a questão do saneamento básico que os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, uma agenda de sustentabilidade adotada pelos países-membros da ONU para ser cumprida até 2030, deu destaque ao seguinte objetivo “Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos”.

Neste objetivo, estão definidas como metas a distribuição de água de forma igualitária para a população mundial, a melhoria da qualidade da água, o fim da defecção a céu aberto e a garantia de saneamento para todos.

As metas também preveem maior reciclagem e reutilização da água, enfatizando que países mais ricos devem oferecer apoio aos países em desenvolvimento em recursos tecnológicos e em atividades como dessalinização e tratamento de água.

O objetivo ainda ressalta a importância do envolvimento de comunidades locais na melhoria da gestão de água e saneamento. Mas para a instituição de uma Política Pública de Saneamento Básico inclusiva e socialmente universalizada temos que enfrentar inúmeros desafios:

- ARTICULAÇÃO PLANSAB/PLANARES/PNRS/PNRH – implementação respeitada as áreas de atuação e complementariedade;
- ARTICULAÇÃO PNSR – promoção de investimentos públicos na área rural;
- INVESTIMENTOS PÚBLICOS – seleção de beneficiários no contexto social e regras de aplicação;

- ESTRUTURA GOVERNAMENTAL – reestruturação da arquitetura organizacional, adequação à nova realidade e solução de deficiência de recursos humanos e materiais;
- UNIVERSALIZAÇÃO – com critérios de Socialização e cumprimento de Acórdão TCU (investimentos com recursos não onerosos – OGU);
- MODICIDADE TARIFÁRIA – referencial social, segregação de categoria de consumo por classe social e subsídio do estado – justa correlação entre os encargos da CONCESSÃO e as TARIFAS pagas pelos USUÁRIOS e não pode estar dissociado dos princípios da regularidade, continuidade, eficiência, segurança, atualidade, generalidade e cortesia;
- REGRAS EDITALÍCIAS – em procedimentos licitatórios obrigatórios definição de regras claras e de cunho técnico-social pelo poder concedente - titularidade;
- CAPACIDADE DE PAGAMENTO – observada a condição de renda do usuário/obrigatoriedade de uso;
- ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES – Perspectivas da Organização Sindical;
- A QUESTÃO JURÍDICA – na visão sindical e dos movimentos sociais;
- OS ASPECTOS DA CONSTITUCIONALIDADE – segurança jurídica;
- A GARANTIA CONSTITUCIONAL DO DIREITO A ÁGUA – adoção medidas práticas de consolidação para o atendimento universal;
- O POSICIONAMENTO POLÍTICO – desempenho proativo de princípios de ação e reação;
- A UNIVERSALIZAÇÃO – cumprimento de metas, estabelecimento de prioridades eletivas, destinação de recursos (fontes de financiamento), aprimoramento da gestão (efeito de planejamento e operação sustentável – financiamento), riscos de contingenciamento e descontinuidade e tarifa equilibrada socialmente; e
- EMPREGABILIDADE E RENDA – manutenção do nível de empregos e garantia de manutenção de renda.

É com essa importância que devemos compreender o papel do saneamento básico enquanto competência e atribuição do SUS.

O artigo 196 da Constituição Federal – CF estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (políticas sociais e econômicas) o que nos leva de forma incontestável a compreender que a prestação desse serviço é pública, ou seja “Saúde é Pública” por ser principalmente um dever de Estado.

Na mesma CF o artigo 198 afirma que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes que dentre elas destaco a seguinte: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

O artigo 200, da CF, define como competência do Sistema Único de Saúde, além de outras atribuições, a sua efetiva participação na formulação da política e da execução das ações de saneamento, a fiscalização e o controle das águas para consumo humano, e também a colaboração na proteção do meio ambiente.

A questão da participação na formulação da política pública e na execução das ações de saneamento básico é reforçada na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), no seu artigo 6º. Observe também que a Lei Orgânica da Saúde, no seu artigo 7º, diz que todas as ações e serviços públicos de saúde que integram o Sistema Único de Saúde – SUS, inclusive privados contratados e conveniados, de acordo com o artigo 198 da CF, obedecerá a princípios, dentre os quais destacamos: a integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento.

O princípio da integração novamente é tratado no artigo 15 da Lei Orgânica da Saúde reforçando a tese da obrigatoriedade de atuação dos entes da federação no desempenho de suas atribuições, no âmbito administrativo, no caso, na participação na formulação da política e da execução de ações de saneamento e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente. Por último nos artigos 16, 17 e 18, da Lei Orgânica da Saúde, se aborda as competências das direções do SUS nos níveis nacional, estadual e municipal.

Assim compete ao nível nacional a participação na formulação e na implementação das políticas, de controle das agressões ao meio ambiente e de saneamento.

Ao nível estadual compete participar da execução da política e da execução das ações de saneamento básico.

E por fim compete ao nível municipal executar os serviços de saneamento básico.

Vejam também o que trouxe a Lei de Saneamento (Lei nº 11.445/07) no seu artigo 2º, a afirmação de que os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base em princípios fundamentais, dentre os quais destacamos:

- a universalização do acesso;
- a integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso a conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados; e
- a articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante.

Por tudo esclarecido acima podemos afirmar que nesse ambiente legal as questões de saneamento básico e suas respectivas ações incluem na sua abordagem a interrelação e interdependência com outros fatores e soluções, sobretudo no campo da saúde e meio ambiente, com destaque para habitação, urbanização, drenagem e manejo ambiental, controle de vetores, e outros.

O SUS se encontra ausente dessa discussão.

Agora além dessa questão da ausência da participação efetiva do SUS no exercício da sua competência quanto ao saneamento básico, inclusive quando da construção dos Planos Municipais de Saneamento Básico – PMSB (instrumento de planejamento do setor) e na própria construção dos instrumentos de regulação e fiscalização dos serviços de saneamento básico, o momento exige a adoção da narrativa de enfrentamento a essa temática e a sua devida compreensão fora da discussão assistencialista e médica.

Assim a garantia de preservação do SUS representa um instrumento de valorosa conquista social e de oposição a lógica do capital.

A saúde privatizada deixa de ser essa conquista perdendo a condição de política de estado. Assim temos que enfrentar inúmeros desafios, com o envolvimento dos movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos, no combate efetivo desse desmonte, visando principalmente:

- A garantia dos direitos humanos ao saneamento básico com base na disponibilidade, qualidade, acessibilidade socializada e aceitabilidade.
- A utilização de tecnologias de apoio a saúde.
- O SUS como política do bem-estar social, inserido no Sistema de Seguridade Social.
- A interdisciplinaridade, intersetorialidade e a participação social como ferramenta de gestão.
- A garantia de políticas sociais, interesses coletivos e superação da lógica predominante de gestão e de financiamento.
- O combate à exclusão territorial e a garantia de sustentabilidade.
- A dimensão social e ambiental.
- A estratégia de planejamento.
- A participação comunitária.
- A gestão associada.
- A interdependência, interfaces, integração de políticas e iniciativas públicas.
- A convergência de saberes na educação popular em saúde.

Além desses desafios também temos que estabelecer uma discussão sobre os modelos institucional, de atenção e de gestão (oferta, recurso e federalismo sanitário); o financiamento;

e a construção e ações integradas estratégicas (educação ambiental, saneamento básico e práticas preventivas integradas e intersetoriais).

Observado todo o texto acima e sendo redundante na tentativa de demonstrar a importância e relevância da manutenção da vinculação da FUNASA ao Ministério da Saúde cumpre ressaltar que a estreita relação entre as condições ambientais, os problemas sanitários e o perfil epidemiológico das doenças e agravos, integra definitivamente as ações de saneamento da FUNASA ao Sistema Único de Saúde (SUS), visando à prevenção de doenças, a contenção da financeirização do SUS e a minimização dos problemas de subfaturamento do SUS. Existe uma íntima ligação entre a melhoria da saúde e da produtividade do trabalho com as questões de ordem sanitária, em que pese se entender o saneamento apenas como um problema de infraestrutura.

O entendimento de ordem legal, embora o saneamento básico opere também como uma demanda de infraestrutura urbana, aponta para um vínculo direto com a área de saúde como ações de caráter preventivo, senão vejamos:

### **1 – Constituição Federal**

*Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:*

*(...)*

*IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;*

### **2 – Lei nº 8.080/1990**

*Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):*

*(...)*

*II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;*

### **3 – Lei Complementar nº 141/2012**

*Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:*

*(...)*

*VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;*

*VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;*

*Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:*

*(....)*

*V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; Destaco ainda que a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece a obrigatoriedade de a União promover investimentos mínimos, conforme artigo 5º, anualmente, em **ações e serviços públicos de saúde. (grifo nosso).***

Entendamos que no componente “ações” se insere a questão do saneamento básico conforme muito bem enfatizado no entendimento de ordem legal.

Convém ainda lembrar que as informações básicas para a definição dos critérios de elegibilidade e de prioridades para a promoção dos investimentos no setor de saneamento básico estão sob o domínio, na sua grande maioria, do Ministério da Saúde.

Qualquer iniciativa de se agregar a FUNASA a outro Ministério, adequando a arquitetura organizacional do mesmo, no meu entendimento não seria produtora.

Além do mais essa discussão já se deu em alguns momentos, dentre os quais destaco: durante a elaboração do PLANSAB – Plano Nacional de Saneamento Básico e do PNSR – Programa Nacional de Saneamento Rural.

Nesses instrumentos a FUNASA é tratada como fundação vinculada ao Ministério da Saúde. Portanto qualquer iniciativa voltada para a transferência da FUNASA para outro Ministério requer uma série de providências que demandam uma rediscussão mais aprofundada, por exemplo:

- Revisão e ajustes na arquitetura organizacional, competências e atribuições da FUNASA;
- Revisão e ajustes no PLANSAB;
- Revisão e ajustes no PNSR;
- Revisão e ajustes nos procedimentos de integração ministerial;
- Pulverização das ações de ordem estruturantes;
- Questão da aplicação dos recursos mínimos na área de saúde, considerada a questão dos investimentos nas ações de saneamento básico;
- Ampliação da problemática do subfinanciamento do SUS;
- Quebra do princípio da universalidade e integralidade do SUS;
- Afetação das atividades finalísticas do SUS;

- A prática do exercício obrigatório da atuação do SUS no campo das ações de prevenção;
- Questão da vigilância sanitária no que diz respeito ao PSA - Plano de Segurança da Água e a Portaria de Potabilidade da Água.”

Agora necessário acrescentar que a permanência vinculativa da FUNASA ao Ministério da Saúde deve ser orientada com base no documento subscrito por profissionais da FUNASA com o título de **“UMA VISÃO PROPOSITIVA DA FUNASA NO EXERCÍCIO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DO SUS”**, que ora anexamos.

E como destaque é bom lembrar que o próprio Tribunal de Contas da União – TCU apresentou a título de contribuição para a administração pública por meio da publicação “O TCU e o Desenvolvimento Nacional - Contribuições para a administração pública”, propostas que no meu entendimento reforçam a necessária vinculação da FUNASA ao Ministério da Saúde no sentido de garantir o exercício obrigatório da sua competência enquanto atuação no setor de saneamento básico:

*“Outro grande desafio para o país é minimizar a poluição de solo, água e ar. Apesar de recentes avanços, o Brasil ainda possui baixos índices de tratamento de esgoto e destinação correta de resíduos sólidos, criando graves problemas, tanto para o meio ambiente quanto para a saúde pública.*

*Estão aqui reunidas, portanto, propostas respaldadas na apreciação atenta do TCU de suas deliberações e entendimentos acerca de Gestão Pública e de outros assuntos, tais como Infraestrutura, Meio Ambiente, Saúde, Previdência, Segurança Pública e Defesa Nacional, por exemplo, em relação a que é manifestado o juízo mais atualizado desta Corte.*

#### **Planejamento, orçamento e controle da saúde**

- *Aprimorar os critérios legais para o rateio dos recursos federais vinculados à saúde, nos termos dos arts. 17 da Lei Complementar 141/2012 e 35 da Lei 8.080/1990, com possibilidade de redefinição das competências federais, estaduais e municipais no âmbito do SUS (Acórdãos 2.888/2015-TCU-Plenário, relator Min. Augusto Nardes, e 1.188/2010-TCU-Plenário, relator Min. José Jorge).*
- *Aprimorar os resultados da política pública de apoio à implantação de sistemas públicos de manejo de Resíduos Sólidos em municípios de até 50.000 habitantes, de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (Acórdão 813/2016-TCU-Plenário, relator Ministro Walton Alencar Rodrigues).*



### **Sustentabilidade financeira do SUS**

- *Minimizar os impactos da judicialização na saúde, com adoção de medidas que contribuam para reduzir a necessidade de o cidadão recorrer ao Judiciário (Acórdão 1.787/2017-TCU-Plenário, relator Min. Bruno Dantas).*

### **Saneamento básico**

- *Aprimorar a atuação da Funasa na gestão de convênios e instrumentos congêneres, a fim de possibilitar o cumprimento de sua missão institucional, de levar saneamento básico aos municípios com população inferior a 50 mil habitantes e com maior risco epidemiológico (Acórdão 59/2021-TCU-Plenário, relator Min. Benjamin Zymler).*
- *Mitigar os riscos de descumprimento das metas do Plano Nacional de Saneamento e da Agenda 30 atinentes a saneamento (Acórdão 2.781/2018-TCU-Plenário, Acórdão 787/2020-TCU-Plenário, Acórdão 2098/2020-TCU-Plenário, todos de relatoria do Min. Augusto Nardes)."*

Em outro trabalho também produzido recentemente, "LISTA DE ALTO RISCO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA FEDERAL" destaco:

*"Em educação e saúde, destacam-se os riscos que comprometem a sustentabilidade e o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), bem como equidade no acesso à educação de qualidade.*

### **O QUE PRECISA SER FEITO**

*construir estratégia transparente para mapear e gerenciar os riscos fiscais de médio e longo prazo. A estratégia deve considerar os passivos contingentes e os gastos com todos os benefícios (passivos atuariais), estimados em cerca de R\$ 3 trilhões. Além disso, deve contemplar o aumento de despesas decorrentes da mudança de perfil demográfico do Brasil, especialmente com saúde e assistência social*

### **O QUE O TCU ENCONTROU**

*O Tribunal de Contas da União (TCU) realizou, em 2019, levantamento, para avaliar a sustentabilidade da prestação de serviços públicos de saúde de forma universal, gratuita e integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Foram encontrados os problemas relacionados a seguir.*

*Cenário fiscal brasileiro desafiador: As despesas nacionais com ações e serviços públicos de saúde atingiram, em 2018, R\$ 271,8 bilhões. Esse valor representa um acréscimo real superior a 118%, em relação à despesa ocorrida no exercício financeiro de 2003. Todavia, diante da necessidade de estabilização e posterior redução da trajetória do endividamento público brasileiro, ainda que haja*

*crescimento econômico nos próximos anos, dificilmente haverá espaço para ampliação de gastos nos patamares observados entre 2003 e 2018.*

*RISCO À SUSTENTABILIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DE FORMA UNIVERSAL, GRATUITA E INTEGRAL.”*

Fortaleza, 23 de dezembro de 2022

Autor: Petronio Ferreira Soares – Engenheiro Civil (Universidade Federal da Paraíba – UFPB) e Especialista em Saneamento Básico pela Faculdade Gama Filho (FGF)