



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

GUSTAVO BARBOSA FRAMIL

**ANÁLISE DO SANEAMENTO BÁSICO SOB A
ÓPTICA DO TERRITÓRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

ARIQUEMES - RO

2011

Gustavo Barbosa Framil

**A ANÁLISE DO SANEAMENTO BÁSICO SOB A
ÓPTICA DO TERRITÓRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL**

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem, da
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente como requisito parcial à
obtenção ao Grau de Bacharel em
Enfermagem

Profa. Orientadora: Esp. Sonia Regina
Batini

Profa. Co-orientadora: Dra. Rosani
Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Gustavo Barbosa Framil

A ANÁLISE DO SANEAMENTO BÁSICO SOB A ÓPTICA DO TERRITÓRIO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem, da
Faculdade de Educação e Meio
Ambiente como requisito parcial à
obtenção ao Grau de Bacharel em
Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Orientadora: Esp. Sonia Regina Batini
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Co-orientadora: Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza
Faculdade de educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: Dra. Helena Meika Uesugui
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profa. Examinadora: Esp. Denise Fernandes De Angelis Chocair
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 09 de novembro de 2011.

Pai, Mãe, Ju e Anna Clara
por fazerem meus dias mais felizes.

AGRADECIMENTOS

Agradecer a todos por ter chegado até aqui não foi uma tarefa fácil... Todo mundo deve trilhar seu caminho pela vida, mas isso não significa fazê-lo de modo solitário.

Agradeço inicialmente a Deus que em sua infinita bondade e misericórdia que sempre me acompanhou pela vida...

A Nossa Senhora, Rainha de toda Luz que também me acompanha sempre...

Agradeço aos meus pais por tudo, TUDO, que me proporcionaram...

A Ju por ser minha irmã e amiga e por ter trazido a Anna Clara a esse mundo...

Ao Vô Zé que mesmo não o tendo conhecido, pode deixar o meu pai como presente de sua vida... A Dona Ana por ter dado uma casa sempre agitada nas festas de fim de ano...

Ao seu Mané, uma vez que curto o tempo que passamos juntos, mas para sempre na memória... A Vovó Titinha, pequena no tamanho e gigante no amor e igualdade com que trata seus netos...

Ao Dom Sebastião, por ser um dos maiores contadores de histórias e figura tão presente na vida de meu pai...

Tio Ângelo, Dália, Zé Benedito e Anja... Cada qual com seus defeitos e virtudes, porém importantes para alguém...

Ao Tio Oséias e Tia Emiliana, por terem dado a mim a honra de ser apadrinhado por eles...

A Virgínia, Fernanda e Marina por serem as primas terríveis...

Ao Guilherme, Marina e Marcela por serem o bem maior que Tio Ângelo nos deixou...

Ao Raul Gondim, lá das Minas Gerais, por ensinar o valor que cada diferença possui...

A Sonia Regina Batini por ser mais que uma mestra em minha vida, uma amiga...

A professora Helena Meika Uesugui por sempre acreditar em mim...

A professora Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza por sempre incentivar a busca pela saúde comunitária e fazer o melhor ao próximo...

A Aline Zorzi, Gislaine, Jemerson, Luana e Regiane, parceiros que se tornaram irmãos...

A Anne, Wyviane, Luana e Renata, parceiras dos fins de semana...

A Aline Cristina, Cristina Paulino, Duane Lima, Karine Satilho e Luciane Ramos e Pri, parceiras de estágio...

Vander, Daieh, Karol, Brunna, Nicássia, Amanda, Flávio Dória e Robson, pelas melhores saídas a noite...

Aos colegas da 1ª Turma de Enfermagem e aos da 2ª Turma também...

E para finalizar agradeço a todos que torceram por mim durante esse período de faculdade...

“É triste pensar que a natureza fala e que o gênero humano não a ouve.”
Victor Hugo

RESUMO

A história do homem sempre esteve diretamente relacionada ao ambiente em que ele está inserido. Jhon Snow observou essa relação ao estudar os casos de cólera na cidade de Londres e Florence Nightingale estabeleceu pressupostos ambientais para o estabelecimento de ambientes salubres. As Conferências de Saúde de Alma-Ata e Ottawa também salientaram sobre a importância do ambiente correlacionado a saúde humana. O presente estudo tem por objetivo discorrer sobre o saneamento básico e suas influências dentro do território e a importância da participação social, neste processo. Este trabalho configura-se como uma revisão bibliográfica durante o período de fevereiro/2011 a outubro/2011 sem delineamento temporal das publicações, uma vez que há publicações relevantes consideradas antigas. Dentre a temática abordada no conteúdo do trabalho encontra-se o saneamento básico suas ações e política regulamentadora. O próximo assunto abordado faz referência ao meio ambiente, território e a inserção das redes sociais. Após a compreensão do assunto anterior abordou-se a importância da participação social, conceito de empoderamento e o uso dos conselhos sociais como instrumento de inserção da comunidade dentro do processo político. Ao abordar essas três temáticas pode-se perceber o caráter interdisciplinar e a importância do saneamento na manutenção e promoção da qualidade de vida da comunidade.

Palavras-chave: Saneamento Básico, Saúde Ambiental, Participação Social, Promoção da Saúde, Enfermagem

ABSTRACT

The history of man has always been directly related to the environment in which it is inserted. Jhon Snow noted this relationship by studying the cases of cholera in London and Florence Nightingale established environmental assumptions to establish wholesome environments. The Health Conference of Alma-Ata and Ottawa also stressed on the importance of the environment correlated to human health. This study aims to discuss sanitation and its influence within the territory and the importance of social participation. This work appears as a literature review during the design without October/2011 February/2011 the time of publication, since there are relevant publications considered old. Among the themes addressed in the content of the work is basic sanitation actions and regulatory policy. The next issue addressed refers to the environment, territory and the integration of social networks. After understanding the above issue addressed the importance of social participation, the concept of empowerment and the use of advice as an instrument of social integration of community within the political process. In addressing these three issues can perceive the importance of the interdisciplinary character that sanitation has in maintaining and promoting the quality of community life.

Keywords: Sanitation, Environmental Health, Social Participation, Health Promotion, Nursing

LISTA DE SIGLAS

BNH	Banco Nacional de Habitação
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ETA	Estação de Tratamento de Água
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional De Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério Da Saúde
OGU	Orçamento Geral da União
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PLANASA	Plano Nacional De Saneamento Básico
SAA	Serviço de Abastecimento de Água
SciELO	Scientific Eletronic Library Online
SES	Serviço de Esgotamento Sanitário
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	13
OBJETIVO GERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
METODOLOGIA	14
REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 Saneamento básico.....	15
4.1.1 Sistema de Abastecimento de Água	16
4.1.2 Sistema de coleta e tratamento de residuárias	17
4.1.3 Resíduos Sólidos	19
4.1.4 Coleta e Disposição de Lixo Urbano	20
4.1.5 As políticas brasileiras para o setor de saneamento	20
4.2 Saúde, meio ambiente e território	22
4.3 Participação Social	27
4.4 Enfermagem e promoção da saúde	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXO I	41
ANEXO II	65
ANEXO III	89

INTRODUÇÃO

Historicamente, desde os primórdios do homem pode-se observar a ligação do mesmo com o ambiente a sua volta. Durante o período paleolítico (idade da pedra lascada) o ser humano tinha uma vida essencialmente nômade, vivendo em locais com cultura de alimentos e animais e permanecendo até o esgotamento das fontes naturais de sustentabilidade, não estabelecendo assim uma relação duradoura com o ambiente em que viviam (ROBERTS, 2001).

Posteriormente na idade da pedra polida (neolítico) o homem passou a ter um maior domínio sobre as culturas de alimentos e animais ao seu redor, iniciando assim o processo de sedentarização e o estabelecimento das primeiras aldeias e de convivência que vai além dos grupos familiares. Essas aldeias foram se desenvolvendo até atingirem o patamar das grandes civilizações orientais, como a Mesopotâmia que se estabeleceu na região do Crescente Fértil, entre os rios Tigre e Eufrates e o desenvolvimento da civilização egípcia às margens do Rio Nilo. Esses povos se valiam das cheias desses rios para o cultivo de alimentos (ROBERTS, 2001).

Em 1855 John Snow, considerado o pai da epidemiologia moderna, foi designado pela Rainha Vitória a estudar os elevados índices de cólera entre a população de Londres. Embora fosse uma época anterior ao advento da microscopia, Snow conseguiu correlacionar os casos de cólera com a condição precária de uma cidade recém saída da Revolução Industrial, uma população inserida em grande aglomerado urbano, sujeita a extremas condições de trabalho e sem os padrões adequados de higiene (JONHSON, 2008).

Nightingale (1859) afirma a existência de cinco pontos fundamentais para se manter a salubridade do ambiente em que uma população vive: ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação.

Em 1978, foi realizado em Alma Ata, na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde que enfatizou “que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial”. Com base no que foi preconizado

pela Conferência de Alma Ata, realizou-se em Ottawa, Canadá a Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde (1986) na qual se discutiu a importância do meio no centro da manutenção da salubridade das pessoas e dos recursos por elas utilizados (BRASIL, 2002).

Com base nesses pressupostos pode-se observar o caráter promotor e preventivo das ações de saúde, dos profissionais de saúde no nível primário de prevenção, sobretudo da enfermagem. A atuação do enfermeiro na esfera primária de prevenção perpassa pela assistência, o gerenciamento dos serviços de saúde e pela saúde coletiva, tendo um papel fundamental dentro das equipes de saúde e, principalmente no ambiente em que está inserido, ampliando ainda mais o foco central do trabalho da enfermagem.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 que diz *“a saúde é direito de todos e dever do Estado”*, onde prevê a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS preconiza uma assistência à saúde nos três níveis de prevenção: prevenção e promoção da saúde; diagnóstico, tratamento e limitação do dano e por fim a reabilitação. Dentre essas três esferas, o nível primário é o que mais se relaciona ao ambiente em que determinada população vive. Diretamente ligado às condições do ambiente há a estrutura física do território em que se envolvem as condições de saneamento básico como uma das vertentes de promoção e da garantia da qualidade de vida, sendo fundamental a participação social da comunidade local que deve atuar de forma significativa na luta por seu direito sanitário, justificando assim a relevância e elaboração desse estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Discorrer sobre o saneamento básico, suas influências no território e a importância da participação social perante esse processo.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conceituar saneamento básico, território e controle social;
- Relacionar o saneamento básico, território e participação social;
- Destacar a participação social como a instrumento em benefício da comunidade;
- Descrever as medidas de adaptação da comunidade no enfrentamento das questões relativas ao saneamento básico.

3 METODOLOGIA

Estudo de revisão bibliográfica atual de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) - que compreende a SciELO (Scientific Eletronic Library Online), Biblioteca de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Acervo da OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), Sistema de Informação da OMS (Organização Mundial de Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Biblioteca Cochrane - Manuais de normas técnicas do Ministério da Saúde e Ministério das Cidades. O acervo da biblioteca Júlio Bordignon e acervo particular serão usados conforme a relevância do tema. Não há delineamento temporal das publicações, uma vez que há publicações relevantes consideradas antigas, como “Notas de Enfermagem” de Florence Nightingale. De acordo com os critérios de inclusão, analisou-se material publicado sem período cronológico específico, disponíveis em língua portuguesa, espanhola ou inglesa e que possuíam relevância com a temática proposta. Como critério de exclusão, não utilizou-se materiais publicados em língua estrangeira não compatíveis com as citadas acima e com temática não relativa ao estudo. Foram usados os seguintes descritores em base DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): Saneamento Básico, Saúde Ambiental, Participação Social, Promoção da Saúde e Enfermagem.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SANEAMENTO BÁSICO

O mapeamento de equipamentos do saneamento existentes nos territórios considerados permite estimar as necessidades e a população não coberta por seus serviços. Ao confrontar essas informações das duas dimensões citadas permite inferir que o quantitativo populacional determina o nível de oferta necessário em cada âmbito espacial delimitado. Aprimorando esses indicadores pode se especificar os tipos de resíduos produzidos em cada local e as atividades e estilos de vida ali praticados (MORAES, 2011).

Em um segundo momento da análise geográfica permite-se a definição de critérios de seleção de áreas e de prioridades para a ação, setoriais (foco nos riscos ou resíduos resultantes de atividades específicas). Uma terceira contribuição da geografia referente à política de saneamento básico diz respeito à questão das escalas de intervenção e segregação das unidades do espaço a serem utilizadas no planejamento das ações. Cada escala e conceito geográfico devem-se ao trato de determinados fenômenos e problemas. O que é evidente para um olhar local pode se perder numa leitura regional, e vice-versa. (MORAES, 2011).

O conceito de Saneamento Básico, que antigamente restringia-se à água e ao esgoto, evoluiu para o Saneamento Básico com viés ambiental que engloba o Serviço de Abastecimento de Água (SAA), Serviço de Esgotamento Sanitário (SES), o manejo de resíduos sólidos e o manejo de águas pluviais urbanas, os quais, de forma sistêmica, devem se integrar ao ordenamento e ao uso do solo, a fim de promover crescentes níveis de salubridade ambiental e a melhoria das condições de vida urbana e rural (BRASIL, 2009a).

Sousa (2011), afirma que a gama de ações compreendidas pelo saneamento básico diz respeito ao conjunto de ações que inclui o abastecimento de água, o esgotamento sanitário; a drenagem urbana das águas pluviais, a disposição de resíduos sólidos e o controle de vetores e roedores.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), ao definir saneamento do meio, (também chamado de saneamento ambiental), busca controlar todos os fatores do

meio físico humano que podem ou exercem efeito danoso ao seu bem estar físico, mental e social (PHILIPPI JR e MARTINS, 2005).

Ao observar as desigualdades sócio-espaciais presentes em determinado território, tendo como referência as ações e serviços de saneamento básico, constata-se que o déficit se distribui de forma desigual no território brasileiro, assim como expõe as populações de forma distinta aos riscos decorrentes da insalubridade do meio. A figura 1 (abaixo) esquematiza de modo claro como a população se adapta a presença ou ausência do saneamento básico.

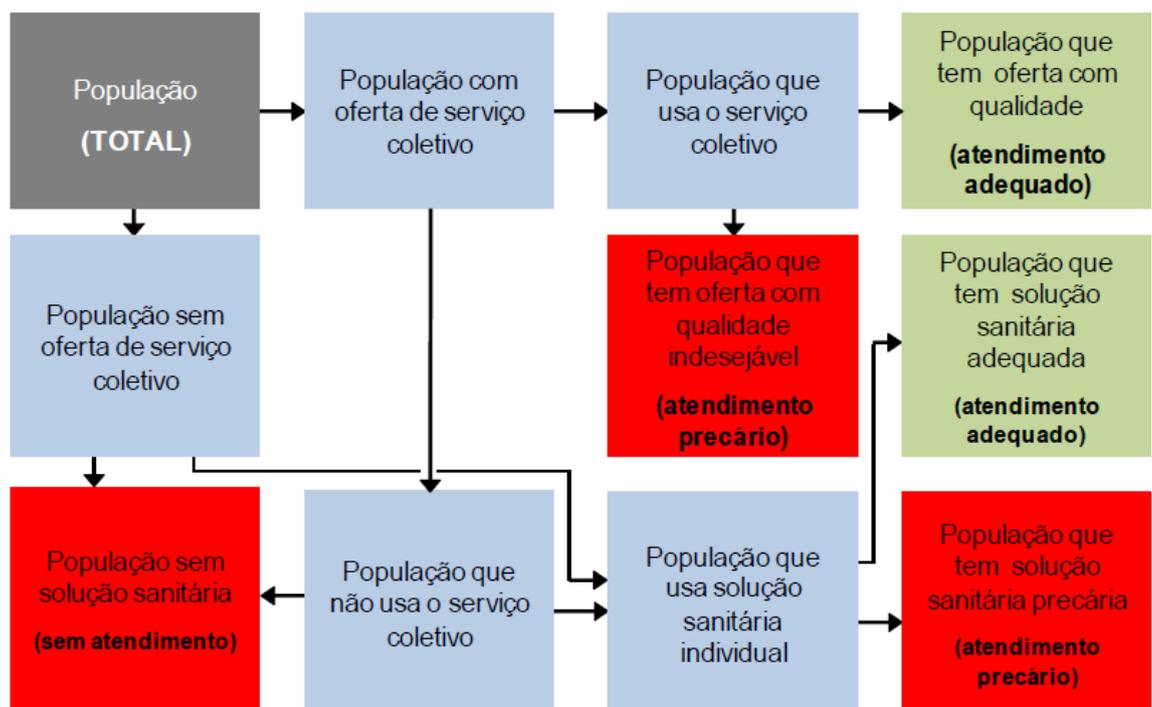


Figura 1 Conceito de déficit em saneamento básico adotado no Plansab
Fonte: Panorama de Saneamento Básico Vol 1, BRASIL, 2011

Dentre as ações componentes do saneamento básico, destacam-se as seguintes:

4.1.1 SISTEMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA

A água, desde épocas remotas, apresenta-se como recurso fundamental para a manutenção de vida na terra. Dentre seus variados usos, pode-se citar sua

utilização para ingestão humana e de animais, irrigação, criação de espécies aquáticas, geração de energia, consumo industrial, higiene pessoal e ambiental, transporte, lazer, estruturação de paisagens e dissolução de efluentes industriais e excretas orgânicas.

Cada modo de utilização da água exige um padrão de quantidade e qualidade diferenciado, que geralmente não é igual à qualidade da água a ser devolvida após seu uso. A ausência de esforço no tocante ao controle e recuperação da água utilizada pela ação humana pode comprometer, de modo temporário ou definitivo, outras possíveis utilizações deste elemento fundamental à geração e manutenção da vida (COSTA, 2003). De acordo com Branco (2003) considera-se a água como produto quando a mesma é submetida a tratamentos especiais para servir a determinado uso. Nesse caso, a qualidade final da água está diretamente ligada ao seu uso anterior e após o devido tratamento poderá ser útil em determinada aplicação, embora não o seja para outras.

Branco (2003) diz ser essencial que a água potável, para consumo, não contenha elementos prejudiciais à saúde, mantendo a insipidez, ausência de odor e aspecto cristalino. Para não ser nociva à saúde a água não deve apresentar substâncias tóxicas e organismos patogênicos. Por isso, faz-se necessário analisá-la diariamente em pontos diversos do sistema de distribuição.

Philippi Jr e Martins (2005) definem as seguintes etapas para processar a água de tal modo que a mesma possa estar ideal para o consumo humano: captação da água, adução (ou transporte da fonte originária da água até a estação de tratamento e, posteriormente aos consumidores), tratamento, reservação e distribuição através da Estação de Tratamento de Água (ETA).

Para Tundisi (2003), além de realizar os passos citados anteriormente, é necessário proporcionar condições para cuidar e preservar os mananciais e das fontes que fornecem o abastecimento de água potável tratando todo o sistema de água.

4.1.2 SISTEMA DE COLETA E TRATAMENTO DE RESIDUÁRIAS

O esgoto urbano é caracterizado como uma das principais fontes de poluição hídrica orgânica, porém informações sobre o acesso a serviços de saneamento na

área rural ainda é incipiente e com informações imprecisas. A preferência pelo ambiente de inserção do esgoto urbano nos investimentos de saneamento justifica-se pelos danos ambientais que os aglomerados urbanos tendem a gerar sem a correta provisão destes serviços. Isto não isenta a existência de problemas semelhantes em ambiente rural, nesses locais eles se manifestam em menor magnitude e suas soluções podem ser alcançadas com alternativas tecnológicas diferenciadas (COSTA, 2003). Pode-se dizer que o tratamento de esgoto sanitário é composto basicamente de cinco etapas, a saber:

Tratamento Preliminar - remoção de grandes sólidos e areia para proteger as demais unidades de tratamento, os dispositivos de transporte (bombas e tubulações) e os corpos receptores. Realizada com o uso de grades que impedem a passagem de trapos, papéis, pedaços de madeira e outros; caixas de areia, para retenção deste material; e tanques de flutuação para retirada de óleos e graxas em casos de esgoto industrial com alto teor destas substâncias (LEME, 2007).

Tratamento Primário - os esgotos ainda apresentam sólidos em suspensão não grosseira, cuja remoção pode ser feita em unidades de sedimentação, reduzindo a matéria orgânica contida no efluente. Partículas sólidas sedimentáveis e flutuantes são retirados através de mecanismos físicos. Os esgotos fluem vagarosamente, permitindo que os sólidos em suspensão de maior densidade sedimentem gradualmente no fundo, formando o lodo primário bruto. Os materiais flutuantes como graxas e óleos, de menor densidade, são removidos na superfície (LEME, 2007).

Tratamento Secundário – Busca a remoção de sólidos e de matéria orgânica não sedimentável e, eventualmente, nutrientes como nitrogênio e fósforo. É a etapa de remoção biológica dos poluentes e sua eficiência permite produzir um efluente em conformidade com o padrão de lançamento previsto na legislação ambiental. (LEME, 2007).

Tratamento Terciário - remoção de poluentes tóxicos ou não biodegradáveis ou eliminação adicional de poluentes não degradados na fase secundária (LEME, 2007).

Etapas de Desinfecção - grande parte dos microorganismos patogênicos foi eliminada nas etapas anteriores, mas não a sua totalidade. A desinfecção total pode ser feita pelo processo natural (lagoa de maturação) ou artificial (cloração, ozonização ou radiação ultravioleta). A lagoa de maturação demanda grandes áreas,

pois necessita de pouca profundidade para permitir a penetração da radiação solar ultravioleta. Entre os processos artificiais, a cloração é o de menor custo, mas pode gerar subprodutos tóxicos, como organoclorados. A ozonização é muito dispendiosa e a radiação ultravioleta não se aplica a qualquer situação (LEME, 2007).

4.1.3 RESÍDUOS SÓLIDOS

Os resíduos sólidos são materiais heterogêneos resultantes das atividades humanas e da natureza, podendo ser parcialmente utilizados, gerando proteção da saúde e economia de recursos naturais. Constituem problemas sanitários, econômicos e estéticos. Sua produção varia de sociedade para sociedade, de acordo com os hábitos e costumes da população, número de habitantes do local, poder aquisitivo, clima, variações sazonais, nível educacional entre outros fatores (BRASIL, 2006).

Os resíduos sólidos favorecem a proliferação de roedores e vetores, podendo trazer animais peçonhentos como cobras, aranhas e escorpiões, e serve de pontos e alimentação de cães, gatos, galinhas, suínos e eqüinos. Os resíduos domiciliares/comerciais devem ser acomodados em recipientes rígidos, herméticos e sacos descartáveis e em local que facilite a coleta pelo profissional responsável por essa ação (BRASIL, 2006).

A geração de resíduos sólidos ou lixo é também um dos principais problemas ambientais. Resíduos não coletados compõem a carga poluidora que escorre pelas águas pluviais (urbanas e rurais), contaminando água, solo e ar. A carga tóxica, mais evidente em resíduos industriais e agrícolas, causa danos ambientais na saúde humana e na preservação da fauna e flora de modo mais significativo. A geração de resíduos sólidos ou lixo (municipais, hospitalares, industriais) e suas conseqüências na saúde humana e na preservação da fauna e flora são cada vez mais significativas (BRASIL, 2006).

4.1.4 COLETA E DISPOSIÇÃO DE LIXO URBANO

A usinagem para compostagem (geração de compostos orgânicos), reciclagem (triagem de material) e incineração (queima de resíduos) são os principais meios de manuseio do lixo urbano. A compostagem e reciclagem vêm com uma proposta de redução expansão de aterros e aumentar a oferta de matéria-prima reciclada que reduz o uso recursos naturais ou material virgem. A incineração, além de não gerar matéria reciclada, é questionada devido à emissão de poluentes atmosféricos (COSTA, 2003).

4.1.5 AS POLÍTICAS BRASILEIRAS PARA O SETOR DE SANEAMENTO

Até meados da década de 1960, caracterizavam-se por ações esporádicas, difusas e pontuais, níveis de integração e coordenação deficientes. Implementado na década de 1970, durante a ditadura militar e com o objetivo de desenvolver uma política para o desenvolvimento urbano, surgiu o Sistema Nacional de Saneamento Básico composto pelo Plano Nacional de Saneamento (Planasa), o Banco Nacional de Habitação (BNH) e Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), sendo os dois últimos as fontes financiadoras da estruturação da rede de saneamento básico geridos pelo BNH (SANTONI, 2009).

Durante o tempo em que permaneceu ativo, o Planasa expandiu sua cobertura e acesso aos seus serviços de modo desigual, com reflexos até os dias atuais, com prioridades em investimentos no abastecimento de água em detrimento dos serviços de esgotamento sanitário. Regiões mais desenvolvidas foram privilegiadas com maiores recursos e existia ainda uma condição negligente com a gestão, operação e manutenção dos sistemas (COSTA, 2003).

Durante a década de 1980, as estruturas estabelecidas sob a bandeira do Planasa passaram a sofrer alterações, dando início um período com uma instabilidade institucional, regulatória e financeira do setor. Dois fatores são essenciais para entender a crise e falência do plano, a crise econômica, a partir da segunda metade dos anos 1980; o fim do regime militar e criação da Constituição Federal de 1988. (SANTONI, 2009).

A democratização ocorrida na década de 1980, ficou marcada pela participação intensa de movimentos comunitários com o objetivo de garantir maior acesso à elaboração, participação e co-domínio na implementação das políticas públicas, buscando como objetivo central a universalização dos serviços governamentais prestados à população. Existia também o processo pela descentralização e controle social, compreendidos aqui como meios necessários para ampliação dos serviços prestados e maior eficiência na distribuição da força de trabalho a ser prestada a população. O auge nesse período de transformação foi o Sistema Único de Saúde, defendido na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e absorção dessa idéia pela Constituição Federal de 1988 (COSTA, 2003).

O governo federal atua no setor de saneamento básico por meio da multidisciplinaridade e uma estrutura complexa institucional por meio da participação dos estados, municípios e o governo federal, os prestadores de serviços de saneamento e os agentes designados pela União para gerir e operacionalizar os investimentos públicos (SANTONI, 2009).

Criado em 2003, o Ministério das Cidades veio com uma óptica de serviço voltada para exercer a coordenação da política de saneamento; a gestão dos programas; a seleção dos beneficiários; a definição das diretrizes; o controle da implementação das ações; bem como planejamento, monitoramento e a avaliação dos programas. Portanto a União, não executa diretamente os empreendimentos que apóia, mas transfere recursos a estados e municípios, titulares dos serviços de saneamento, os quais elaboram os projetos, realizam as licitações e contratam as obras e serviços (SANTONI, 2009).

Após 2003, os investimentos na área de saneamento básico no Brasil aumentaram de modo expressivo, decorrentes de recursos do Orçamento Geral da União (OGU), do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) (TEIXEIRA; GOMES E SOUZA, 2011). Atualmente o saneamento básico é regido pela Lei 11.445 de 05 de janeiro de 2007, que tem como diretrizes a gestão associada, universalização e controle social.

A ausência significativa de informações relativas ao saneamento básico vincula-se a dois fatores interdependentes: a descentralização da política e o a comunicação reduzida entre o órgão gerencial e o prestador das ações de saneamento básico (SANTONI, 2009).

4.2 SAÚDE, MEIO AMBIENTE E TERRITÓRIO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de moléstia ou enfermidade”. Kawamoto e Fortes (1997) afirmam que a mensuração do nível de saúde de uma população é difícil, pois nem sempre ela permanece em completo bem-estar. As autoras ainda colocam a saúde como resultante da dinâmica de diversos fatores sócio-culturais e as alterações que interfiram no bem-estar pode ser considerada uma doença, desordem ou agravo a saúde do indivíduo.

Segundo definição da OMS, apresentada pela primeira vez na Carta de Sofia a saúde ambiental figura-se como:

[...] todos os aspectos da saúde humana, incluindo qualidade de vida que estão determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicossociais no meio ambiente. Também se refere à prática de avaliar, corrigir e controlar e evitar fatores do meio ambiente que potencialmente possam prejudicar a saúde de gerações futuras (WHO, 1993).

A saúde ambiental é área da saúde coletiva, ligada ao conhecimento científico e à elaboração de políticas públicas e às correspondentes ações relacionadas à interação entre a saúde humana e os fatores do meio ambiente natural e antrópico que a dispõem, estimulam e influenciam o meio com objetivo de melhorar a qualidade de vida do ser humano sob a óptica da sustentabilidade (BRASIL, 2009b).

Para estruturar um plano de ação vinculado à saúde ambiental, faz-se necessário, discutir sobre a questão de desequilíbrio ambiental, conhecer a realidade para atuar de forma eficaz, reavaliar práticas sanitárias, e, posteriormente, traçar ações e estratégias concretas de educação em saúde, que permitam a proteção e a promoção da saúde de forma integral às comunidades (BESERRA et al., 2010).

Atualmente há um acréscimo nas demandas e agravos de saúde relacionados com o meio ambiente que pedem resolução dos gestores estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde, favorecendo assim o estabelecimento de parcerias do Governo Federal com órgãos e instituições cada qual em sua área de abrangência e dentro de suas esferas de competência (BRASIL, 2009b).

A Vigilância em Saúde Ambiental versa em ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças em fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde do homem, com a

finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 2009b).

Analisando o conceito de saúde como uma prática social, é possível perceber a interdependência entre indivíduos, instituições, comunidades e os conflitos resultantes de sua interação com o meio ambiente. Tem-se, portanto, que difundir a diversidade de possibilidades existentes para manter e estimular o nosso potencial de saúde por meio da promoção da saúde (BRASIL, 2009b).

Em 2011 o Ministério das Cidades e a Secretaria de Saneamento Ambiental lançaram o “Panorama do Saneamento Básico no Brasil”, a fim de expor a real situação do panorama brasileiro e meios de como se deve trabalhar esse assunto na comunidade. Dentre os temas abordados encontra-se a importância da análise geográfica e o conceito de território de modo geral.

A análise geográfica auxilia na formulação e implantação de políticas públicas. Fornece um quadro descritivo do espaço onde será executada a política em questão. A elaboração de levantamento diagnóstico de lugares delimitados deve abordar suas características naturais e modificações de seu processo de ocupação e utilização. Portanto a geografia fornece um panorama das condições reais destas áreas a serem atingidas por planos e programas (MORAES, 2011). O Quadro 1 mostra uma série de conceitos geográficos utilizados na análise ambiental.

Conceito	Definição	Exemplo
Espaço terrestre	Demarcação espacial física de maneira finita, com possibilidade de mensuração e delimitação de segmentos terrestres.	Massas continentais ou estoque limitado de terra.
Espaço geográfico	Caracteriza a análise de fenômenos terrestres.	Cidades, estados ou países.
Meio natural	É a definição de espaço terrestre acrescido de fatores bióticos.	Biomassas terrestres e aquáticas inalterados.
Meio ambiente	Congrega o meio natural com as intervenções humanas.	Desde comunidades ribeirinhas e indígenas à grandes metrópoles
Habitat	Características morfológicas dos locais ocupados pelo homem. O habitante organiza o espaço de acordo com seu modo de vida.	Meio rural ou urbano.

Paisagem	Visão sintética percebida como campo visual dos espaços superficiais da terra, na qual se identifica e analisa um todo em seus integrantes e respectivos vínculos.	Relação do homem com determinado bioma.
Geossistema	aborda a interação dos meios naturais e geográficos associados entre os fatos e ações apresentados na paisagem e tem na ação antrópica a sua instabilidade.	Interação entre biomas terrestres e aquáticos.
Região	Segmento de porções terrestres que apresentam certa homogeneidade.	Regiões econômicas, culturais, ambientais e de outros aspectos.

Fonte: MORAES, 2011. Elaboração Própria

Quadro 1 – Conceitos geográficos usados na análise de território.

Todas essas definições convergem para a formação do conceito defendido por Moraes (2011) em que território refere-se a divisão política espacial da terra, vinculando esta idéia às concepções de espaço e poder, ou seja, não se tem um território natural, e toda ação deve ser trabalhada de modo interdisciplinar. Silveira (2009) afirma que no território devem-se incluir todos os atores sociais e participantes, não apenas o Estado. Essa junção de integrantes traz a noção de que as ações desenvolvidas no território devem ser pactuadas entre todos os membros que o compõe uma vez que isso facilita o trabalho das ações sociais ofertadas à população com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida.

O território, na visão do Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se às relações presentes e evidenciadas entre profissionais e comunidade, ganhando assim uma dimensão mais antropológica evidenciada nas relações interpessoais, do que no poder exercido pelo Estado (MORAES, 2011). O território vai além da suas limitações geográficas, devem-se observar todos os eixos que o estruturam e se possui uma dimensão humanística mais evidenciada, logicamente o homem é membro fundamental dessa relação por meio de qualquer ação ou serviço realizado dentro do território, tornando-se esse vínculo dinâmico.

Ohara e Saito (2008) compreendem o território como algo estruturado por duas vertentes sendo: a estrutura física facilitadora ou não do acesso aos serviços de saúde e as relações humanas, políticas e sociais inseridas nesse segmento espacial.

Chiesa e Kon (2007) colocam o território como um espaço estabelecido de modo histórico e social, o qual deve ter como premissa a capacidade de congregar ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Essas ações devem se voltar na particularidade de cada região e grupo populacional, sendo o território como ponto de encontro entre o cidadão e os serviços de saúde.

Monken et al. (2008, p. 31) dizem:

A adoção de limites espaciais para se estudar as condições ambientais e de saúde e atuar sobre elas é reconhecidamente artificial. Nem o ambiente pode ser completamente constricto nos limites de território, nem os processos sociais se restringem a esses limites. O território é, na maior parte das vezes, utilizado como estratégia para a coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, mas deve-se ter claro que os processos sociais e ambientais transcendem esses limites.

Mendes et al. (1995) apresentam duas vertentes de pensamento para melhor conceituar o território, a primeira embasa-se na forma natural do espaço físico dado e que está completo, fundamentado em critérios geopolíticos que definem um território. A segunda vertente vê o território como um espaço mutável, produto de uma dinâmica social, caracterizando o território como algo sujeito a constantes mudanças e reorganização de seus componentes. Iozzi e Albuquerque (2009) caracterizam o território como estrutura em constante transformação, correlacionando as condições de saúde com relações e alterações presentes na essência e sentido dos mais variados usos que o território oferece.

Iozzi e Albuquerque (2009) salientam que as mudanças no uso do território trouxeram grandes alterações no modo de viver e saúde da população. Ao mesmo passo esse processo de modernização territorial gerou e aumentou as desigualdades socioespaciais dentro das próprias cidades e em regiões distintas, gerando uma pressão sobre o sistema de saúde.

A relação entre saúde e desenvolvimento envolve interesses sociais, territoriais e políticos que criam conflitos difusos. Esses conflitos formam bases de desenvolvimento de progresso na área da saúde. Portanto, faz-se necessário não olhar a saúde de modo isolado e intrínseco do indivíduo, uma vez que ela ocupa um importante patamar no interesse da economia de cada território (GADELHA et al., 2009).

Devem ser consideradas, também as relações entre as redes e o território. Curien (1988) apud Santos (2006, p. 176) define rede como:

"toda infra-estrutura, permitindo o transporte de matéria, de energia ou de informação, e que se inscreve sobre um território onde se caracteriza pela

topologia dos seus pontos de acesso ou pontos terminais, seus arcos de transmissão, seus nós de bifurcação ou de comunicação".

As redes devem ser analisadas mediante a uma visão genética e segundo uma visão atual. O estudo genético das redes analisa a evolução delas no tempo. As redes são formadas por integradores estabelecidos em diversos momentos, em que cada movimento se opera na data adequada. A análise genética permite a reconstrução das redes, bem como reconstituição dessa história que se faz necessária para entender de modo integral a evolução de determinado local. Já o estudo atual avalia as interações que os membros da rede mantêm com a presente vida comunitária (SANTOS, 2006).

Santos (2006) salienta que as redes estruturam-se de modo político e social, pelos indivíduos, idéias e valores que a frequentam, elas se caracterizam de modo global e local, una e múltipla, estável e dinâmica, faz com que a sua realidade revele a transcendência de vários sistemas lógicos, a junção de diversos conceitos cuja adequação é presidida pelo mercado e pelo poder público, mas sobretudo pela própria estrutura socioespacial.

Monken et al., (2008) colocam como componentes das redes pontos e linhas. A primeira define-se como ações globais e/ou locais, já as linhas são as teias que figuram como estruturas de ligação e interligação entre as ações globais e locais.

Monken et al., (2008) destacam as redes sociais como territórios afetivos ou solidários e de elevada importância para os diferentes grupos sociais sendo assim, formas de apropriação de território. A integração do componente cultural no componente territorial traz uma dimensão simbólica, fomentando o apelo antropológico e estimulando ações de análise saúde e compreensão contextual do processo saúde-doença. Essas redes podem configurar um modo de promover a saúde e fomentar a criação de ambientes saudáveis.

A análise territorial localiza as principais necessidades socioespaciais (uma vez que o que o território possui uma porção fixa e outra móvel), possibilita a adequação dos serviços de saneamento básico ofertados a população de maneira adaptada a cada realidade, o conhecimento de sua rede social facilita as ações que objetivam fomentar a qualidade de vida da população e pelo fato do território estar em constante mudança, faz-se necessário avaliar e reavaliar os serviços atuais prestados a determinada comunidade. A Figura 2 mostra de como as condições

sociais e ambientais de uma comunidade em determinado território influem em seu modo de viver e na qualidade de vida.



Figura 2 Modelo de determinantes sociais da saúde, Dahlgren e Whitehead (1991)
Fonte: Panorama do Saneamento Básico vol 7, BRASIL 2011

4.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Goldstein e Barcellos (2008) afirmam que a participação popular é o meio mais apropriado para enfrentar numerosos problemas tanto no âmbito da saúde, como ambiental. A participação social motiva e entusiasma a população para o desenvolvimento de um processo participativo. Para tal processo faz-se necessário usar a transparência em processos decisórios, tal transparência faz-se presente desde o processo de discussão do problema até elaboração de um projeto posto em prática e da avaliação de tal ação. Os autores citados acima colocam diferentes níveis de interesse por parte das populações a serem estudadas, como exemplificado no Quadro 2.

Nível econômico	Participação ativa nas decisões das unidades de produção.
Nível sociocultural	Ações que abrangem instituições da sociedade em que se articulam interesses de classes ou grupos.
Nível político	Participação no processo de tomada de decisão.

Goldstein e Barcellos (2008). Elaboração própria.

Quadro 2 - Níveis de interesse no processo participativo

Cunha (2003) ressalta que o controle social é uma conquista da sociedade civil, e como tal deve ser entendido como um instrumento e uma expressão da democracia.

Busca-se com a democratização, eliminar os meios autoritários e tradicionais de gestão das políticas sociais, bem como a apropriação de práticas que estabeleçam uma maior transparência das informações e maior participação da comunidade no processo decisório de tais políticas (SILVA; CRUZ e MELO, 2007).

Diversas iniciativas de promoção em saúde implantadas nos últimos anos com enfoque individual não obtiveram os resultados esperados. Percebe-se cada vez mais que as estratégias de promoção em saúde devem abordar o aspecto comunitário, social e político que garantam uma resposta mais efetiva do setor de saúde com maior equidade (SAPAG e KAWASHI, 2007).

De modo breve, o capital social faz referência aos sistemas horizontais de participação cívica, podendo ser associações comunitárias, cooperativas, alianças estudantis, associações de bairro e instituições. As características centrais dessas redes de intercâmbio social são confiança, reciprocidade social e cooperação. A reciprocidade social apresenta-se como componente altamente produtivo porque facilita a solução de dilemas da ação coletiva (PUTNAM, 1996).

O capital social e os aspectos culturais que passaram também a fazer parte das recomendações de agências internacionais de saúde de modo que os governos possam assimilar tais dimensões na formulação e implementação de políticas públicas. Isso tem sido notório no contexto do debate sobre promoção da saúde, associando-se o capital social ao empoderamento das comunidades como estratégia participativa (LABRA, 2002).

Uma das estratégias-chave do movimento de promoção em saúde o empowerment ou empoderamento. (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Para Carvalho (2005), o empoderamento comunitário envolve uma participação ativa dos indivíduos em processos decisórios, além da conquista real ou possível de recursos materiais ou poder, como direitos sociais. Constitui um processo de ação social capaz de promover a participação de pessoas, organizações e comunidades, com objetivo à ampliação de seu controle sobre a vida, justiça social e qualidade de vida. O empoderamento comunitário converge ao encontro de processos de democratização em todas as esferas da vida, sendo a promoção da saúde uma expressão dos mesmos. Para que o empoderamento social se realize, é necessário ter ciência de que se as macroestruturas condicionam e determinam o cotidiano dos indivíduos, e estes, influenciam e o plano macrossocial em um movimento circular e interdependente (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O empoderamento social pode instrumentar a população para delinear estratégias visando à superação da desigualdade de poder que predomina na relação entre os profissionais e o usuário. Profissionais da área da saúde têm a possibilidade de exercer influência sobre os outros, mas também ao lado dos outros. O incentivo ao exercício de uma prática profissional guiada pelo entendimento do usuário enquanto sujeito/cidadão portador de seus direitos que valoriza a parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, em substituição a uma prática ultrapassada e autoritária em que o trabalhador é simplesmente um provedor de serviços e o usuário um cliente/consumidor (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Há dois sentidos de empoderamento mais empregados no Brasil: um voltado ao processo de mobilizações e práticas focadas na promoção e impulso de grupos e comunidade na busca pela melhoria de suas condições de vida, e o outro sentido faz referência a ações destinadas a promover a integração dos excluídos e carentes de bens básicos à sobrevivência (GOHN, 2004).

É necessário reconhecer que o empoderamento pessoal não se realiza de forma independente, mas constitui um processo de integração na comunidade, em que as várias formas de engajamento são campos de aprendizagem e reconhecimento junto aos membros do grupo. (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

Dentre as estratégias elencadas como prioritárias pela área da Promoção à Saúde, merecem destaque a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento da

capacidade dos sujeitos individuais e fortalecimento de ações comunitárias. Embasando estas estratégias, observam-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais, ou seja, uma prática de caráter coletivo (BRASIL, 2002).

A abordagem socioambiental busca focar a centralidade de suas ações nas condições de vida para a saúde dos indivíduos e grupamentos humanos apontando, como pré-requisitos essenciais para a saúde, a necessidade de uma maior justiça social, a equidade, a educação, o saneamento, a paz, a habitação e salários apropriados, estabelecendo assim, um maior nível na qualidade de vida. Ofertar condições dignas de vida e possibilitar que indivíduos e a coletividade tenham um maior controle sobre os fatores determinantes da saúde são alguns dos objetivos centrais da Promoção à Saúde (WHO, 1986).

A participação social em processos decisórios, atividades de planejamento e implementação das ações de saúde constitui-se de uma das estratégias centrais da promoção de saúde. Esta abordagem destaca a necessidade das ações em saúde incentivarem o fortalecimento e atuação de indivíduos e grupos e do incentivo das ações que ofereçam um suporte social aos grupos comunitários, ao incentivar processos de auto-ajuda e a busca de novas práticas de Educação em Saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

A forma mais viável de se estabelecer a participação comunitária e exercício do controle social se faz por meio dos conselhos sociais, por dar abertura da comunidade participar na gestão pública. É uma forma de evitar a corrupção e fortalecimento da cidadania. Os conselhos podem exercer funções deliberativas, mobilizadoras e fiscalizadora. A Figura 3 mostra como deve ser a administração de recursos públicos.



Figura 3 Gestão de recursos públicos

Fonte: Olho vivo no dinheiro público – Controle Social BRASIL, 2010a

4.4 ENFERMAGEM E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Conhecida como a arte de cuidar, a enfermagem atua em todos os níveis de prevenção existentes. O cuidado apresenta-se como termo multidimensional e com responsabilidade individual, familiar ou comunitária. Próprio do ato de viver, ou cuidar e autocuidado são ações fundamentais a existência humana (SANTOS, 2007).

O cuidado, como bem social imensurável é atrelado à vida cotidiana popular em qualquer sociedade, requer habilidades/atitudes específicas, essenciais ao contexto no qual está inserido o sujeito envolvido nessa ação (CUNHA et al., 2009).

As ações de enfermagem na produção de assistência devem se efetivar por meio do cuidado, da educação, informação, comunicação e do gerenciamento, com o intuito de atender necessidades populacionais relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza. Nesse sentido, a promoção da saúde pode ser considerada um desdobramento do ato de cuidar (CUNHA et al., 2009).

HORTA (1979), dizia que “cabe à enfermagem comunitária, assistir ao ser humano, dentro da família e da comunidade, para atender às necessidades humanas básicas e intervir na história natural da enfermagem em todos os níveis de prevenção”.

O cuidado compõe uma das ações fundamentais que visam a manutenção da vida. A promoção de saúde como aprimoramento das habilidades vitais para o cuidado é essencial e deve ser considerada como uma possibilidade do ato de cuidar, ofertando assim um progresso da qualidade de vida. Assim, a promoção de saúde não é responsabilidade única da área da saúde, indo além das abordagens de estilos de vida saudáveis convergindo para um bem-estar global. Partindo-se desse pressuposto, a promoção da saúde implica em definição de ações educativas que podem cooperar com o desenvolvimento das habilidades da população na busca por caminhos que apontem para um estilo de vida saudável (CUNHA et al., 2009).

Conforme o que foi apresentado na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é um processo que capacita a comunidade a atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação maior desta no controle desse processo (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa preconiza cinco pressupostos para realizar e estabelecer a promoção da saúde, a saber (BRASIL, 2002):

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- Criação de ambientes favoráveis a saúde;
- Reforço da ação comunitária;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais;
- Reorientação dos serviços de saúde.

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010).

A estratégia de promoção da saúde é o foco sobre os aspectos que determinam o processo saúde-doença, como: violência, desemprego, subemprego, ausência e/ou precariedade de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, crescimento urbano desordenado, qualidade do ar e da água ameaçada (BRASIL, 2010).

Percebe-se, portanto, que a promoção da saúde configura-se como ação estratégica de articulação transversal na qual se destaca os fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes existentes em nosso País, visando criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam de modo radical a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

Embasados pelas considerações acima, pode-se perceber que a promoção em saúde apresenta-se como instrumento de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que transcenda as diversas áreas do setor sanitário, outros setores governamentais, o setor privado e a sociedade, estabelecendo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010).

Como estratégias de implementação preconizadas pelo Ministério da Saúde para promoção de saúde tem-se o desenvolvimento de qualificações em ações de promoção da saúde para profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde e estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010).

Característica comum a esses pressupostos é a educação em saúde e que durante o século XIX e até meados do século XX ficou conhecida como educação sanitária, focalizada apenas na relação do homem com o ambiente. Hoje a educação em saúde congrega os saberes popular, científico e técnico, possibilitando assim uma visão crítica e participação responsável e autônoma da comunidade frente à saúde no cotidiano (GAZZINELLI; REIS e MARQUES, 2006).

O setor da saúde engloba dois grandes modelos assistenciais, o da medicina individual (modelo hospitalar) e a saúde coletiva. No primeiro modelo percebe-se um foco centrado na cura, no indivíduo, ao passo que o segundo exemplo tem como princípios a epidemiologia e ciências sociais (VILLA, 2006).

A prática da educação em saúde deve ser feita em qualquer espaço social, uma vez que os horizontes da saúde são mais amplos que os da doença. Seguindo o princípio da integralidade do cuidado, percebe-se que a educação em saúde deve ser feita em todos os níveis de cuidado. O processo educativo deve ocorrer de forma

dinâmica e contínua, onde cada local deve usar uma estratégia educativa adequada com a realidade vivenciada (VILLA, 2006).

Uma das estratégias utilizadas para se realizar educação em saúde é a capacitação e estas, por sua vez devem ser elaboradas de modo a permitir agentes críticos e indispensáveis para efetivar um novo modelo de saúde. O papel educativo precisa ser desenvolvido e aprimorado por todos os integrantes da equipe, principalmente em se tratando da prática educativa grupal direcionada a área de saúde, possibilitando assim a construção de condutas e papéis que facilitem a integração e aprendizagem dos envolvidos (VILLA, 2006).

Capacitar a coletividade é buscar a equidade em saúde, um dos focos da promoção da saúde. As ações de promotoras da saúde objetivam a redução das diferenças no estado de saúde populacional e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar toda população a alcançar completamente seu potencial de saúde. A comunidade não pode alcançar completamente seu potencial de saúde se não for capaz de controlar os fatores determinantes de sua saúde (BRASIL, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou o estudo de dois componentes estruturais das ações e políticas do saneamento básico, o território e a participação social. Na análise temática referente ao território foi possível ver no que tange aos componentes fixos e as redes sociais presentes nos mesmos e como o território influi de modo constante dentro do Sistema de Saúde. As redes sociais também devem ser objetos de estudo, uma vez que o modo correto de se trabalhar com as mesmas possibilitam uma promoção à saúde eficiente.

Um componente fixo presente na concepção de território é o saneamento básico, responsável pela distribuição, armazenamento e estocagem de água, tratamento de esgoto, coleta de material utilizado e as possíveis formas de processamento desses itens consumidos. A estruturação da política de saneamento básico faz-se necessária e segue alguns dos princípios que regem o SUS, como a integralidade e universalidade do acesso aos serviços de saneamento básico.

Ainda seguindo as prerrogativas do SUS, observa-se a participação social inserida na política de saneamento básico. Item fundamental vinculado a participação social é o empoderamento, que nada mais é que um meio da população se apoderar do que de fato é dela, possibilitando assim a conquista de direitos sociais.

Inserido também no SUS pôde-se perceber o papel essencial que a enfermagem possui na área da saúde coletiva e, sobretudo na busca pela promoção da saúde, seja a nível individual ou coletivo. A realização do ato de cuidar tanto do indivíduo como da coletividade é inerente a natureza humana, contudo a enfermagem aprimora esse cuidado e consegue ofertá-lo a população como serviço qualificado.

Congregar todas essas temáticas em uma análise sobre os componentes do saneamento básico possibilita a observação do aspecto transdisciplinar e intersetorial desse importante serviço prestado a população com o objetivo da melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BESERRA, Eveline Pinheiro et al . Educação ambiental e enfermagem: uma integração necessária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, Out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2011.

BRANCO, Samuel Murgel. **Água: origem, uso e preservação**. São Paulo: Ed. Moderna 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As cartas de promoção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Manual do Saneamento**, 3 ed. Brasília: 2006

BRASIL. Ministério das Cidades. **Programa de Modernização do Setor Saneamento (PMSS)** Prestação dos serviços públicos de saneamento básico, Brasília: 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental**, Brasília: 2009b.

BRASIL, Controladoria Geral da União. **Controle Social** Orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social, Brasília: 2010a

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3. ed. Brasília : 2010b

BRASIL, **Cadernos temáticos para o panorama do saneamento básico no Brasil vol 7**; Brasília: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, 2011.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011.

CHIESA, Ana Maria e KON, Rubens. Compreensão do território: instrumento de gestão em atenção primária a saúde. In: SANTOS, Álvaro da Silva e MIRANDA, Sônia Maria Rezende C. A (orgs.). **Enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**, Barueri, Manole, 2007.

COSTA, André Monteiro. **Avaliação da Política Nacional de Saneamento, Brasil – 1996/2000**. 2003. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

CUNHA, Regina Ribeiro et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, Mar. 2009.

CUNHA, Sheila Santos. **O controle social e seus instrumentos**. Disponível em: <<http://www.admfba.br/capitalsocial/Documentos%20para%20download/Controle%20Social%20e%20Seus%20Instrumentos.pdf>>. Acesso em 27 maio 2008.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. Saúde e desenvolvimento: uma perspectiva territorial. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson e ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde, desenvolvimento e território**, São Paulo, Hucitec, 2009.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Ago. 2004.

GOLDSTEIN, Roberta Argento e BARCELOS, Christovam. Geoprocessamento e participação social: ferramentas para vigilância ambiental em saúde. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (orgs.). **Território, ambiente e saúde**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IOZZI, Fabíola Lana e ALBUQUERQUE, Maria Vercesi. Saúde e desenvolvimento na formação socioespacial brasileira. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBAÑEZ, Nelson e ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde, desenvolvimento e território**, São Paulo, Hucitec, 2009.

JONHSON, S. **O Mapa Fantasma: Como a luta de dois homens contra a cólera mudou o destino de nossas metrópoles**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

KAWAMOTO, Emilia Emi FORTES, Julia Ikeda. **Fundamentos de Enfermagem**, 2 ed ver e atual. São Paulo: EPU, 1997.

KLEBA, Maria Elisabeth; WENDAUSEN, Agueda. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, Dez. 2009.

LABRA, Maria Eliana. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

LEME, Edson José de Arruda. **Manual de práticas de tratamento de águas residuárias**. EdUFSCar, 2007.

MENDES et al., Distritos sanitários: Conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) **Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**, 3 ed. São Paulo, Hucitec, 1995.

MONKEN, Maurício et al., O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho et al. (orgs). **Território, ambiente e saúde**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

MORAES, Antonio Carlos Robert. Territorialização. In: REZENDE, S.C (org.). **Cadernos temáticos para o panorama do saneamento básico no Brasil vol 7**; Brasília: Ministério das Cidades/Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, 2011.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem**. Ribeirão Preto: Cortez, 1989.

OHARA, Elisabete Calabuig Chapina e SAITO, Raquel Xavier dos Santos (orgs.) **Saúde na família: considerações teóricas, e aplicabilidade**, São Paulo: Martinari, 2008

PHILIPPI JR, Arlindo E MARTINS, Getúlio. **Saneamento, Saúde e Ambiente: Fundamentos para um Desenvolvimento Sustentável**. Coleção Ambiental. Ed. Manole, São Paulo, 2005.

PUTNAM, R., **Comunidade e Democracia**. A Experiência da Itália Moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1996.

ROBERTS, J. M. **O Livro de Ouro da História do Mundo**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

SANTONI, Lauseani. Avaliação dos programas de saneamento básico no Brasil: dificuldades e propostas de implementação. In: FRANZESE, Cibele et al. **Reflexões para Ibero-América: Avaliação de Programas**. Brasília, Escola Nacional de Administração Pública, 2009.

SANTOS, Milton. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SAPAG, Jaime C; KAWACHI, Ichiro. Capital social y promoción de la salud en América Latina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, Feb. 2007

SILVA, Alessandra Ximenes; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 2007.

SILVEIRA, Maria Laura. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade espacial. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IBÁÑEZ, Nelson e ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde, desenvolvimento e território**, São Paulo, Hucitec, 2009.

SOUSA, Ana Cristina Augusto. **Política de Saneamento no Brasil: atores, instituições e interesses**, 2011. Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

TEIXEIRA, Júlio César; GOMES, Maria Helena Rodrigues; SOUSA, Janaína Azevedo. Análise da associação entre saneamento e saúde nos estados brasileiros – estudo comparativo entre 2001 e 2006. **Eng Sanit Ambient** v. 16, n. 2, abr. 2011.

TUNDISI, José Galizia. **Água no século XXI: enfrentando a escassez**. São Carlos: RIMA, 2003.

World Health Organization, **Ottawa Charter for Health Promotion** First International Conference on Health Promotion Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf> 1986. Acesso em 14 ago. 2011.

World Health Organization, **An ensemble of definitions of environmental health**, 1998. Disponível em: <http://health.gov/environment/DefinitionsEnvHealth/ehdef2.htm> Acesso em 14 ago. 2011.

ANEXO I



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.445, DE 5 DE JANEIRO DE 2007.

Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nºs 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei nº6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º Esta Lei estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico.

Art. 2º Os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais:

I - universalização do acesso;

II - 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 na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados;

III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;

IV - disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;

V - adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais;

VI - 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;

VII - eficiência e sustentabilidade econômica;

VIII - utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas;

IX - transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados;

X - controle social;

XI - segurança, qualidade e regularidade;

XII - integração das infra-estruturas e serviços com a gestão eficiente dos recursos hídricos.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - saneamento básico: conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas;

II - gestão associada: associação voluntária de entes federados, por convênio de cooperação ou consórcio público, conforme disposto no art. 241 da Constituição Federal;

III - universalização: ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico;

IV - controle social: conjunto de mecanismos e procedimentos que garantem à sociedade informações, representações técnicas e participações nos processos de formulação de políticas, de planejamento e de avaliação relacionados aos serviços públicos de saneamento básico;

V - (VETADO);

VI - prestação regionalizada: aquela em que um único prestador atende a 2 (dois) ou mais titulares;

VII - subsídios: instrumento econômico de política social para garantir a universalização do acesso ao saneamento básico, especialmente para populações e localidades de baixa renda;

VIII - localidade de pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejos e aldeias, assim definidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

Art. 4º Os recursos hídricos não integram os serviços públicos de saneamento básico.

Parágrafo único. A utilização de recursos hídricos na prestação de serviços públicos de saneamento básico, inclusive para disposição ou diluição de esgotos e outros resíduos líquidos, é sujeita a outorga de direito de uso, nos termos da Lei nº 9.433, de 8 de janeiro de 1997, de seus regulamentos e das legislações estaduais.

Art. 5º Não constitui serviço público a ação de saneamento executada por meio de soluções individuais, desde que o usuário não dependa de terceiros para operar os serviços, bem como as ações e serviços de saneamento básico de responsabilidade privada, incluindo o manejo de resíduos de responsabilidade do gerador.

Art. 6º O lixo originário de atividades comerciais, industriais e de serviços cuja responsabilidade pelo manejo não seja atribuída ao gerador pode, por decisão do poder público, ser considerado resíduo sólido urbano.

Art. 7º Para os efeitos desta Lei, o serviço público de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos urbanos é composto pelas seguintes atividades:

I - de coleta, transbordo e transporte dos resíduos relacionados na alínea c do inciso I do caput do art. 3º desta Lei;

II - de triagem para fins de reúso ou reciclagem, de tratamento, inclusive por compostagem, e de disposição final dos resíduos relacionados na alínea c do inciso I do caput do art. 3º desta Lei;

III - de varrição, capina e poda de árvores em vias e logradouros públicos e outros eventuais serviços pertinentes à limpeza pública urbana.

CAPÍTULO II

DO EXERCÍCIO DA TITULARIDADE

Art. 8º Os titulares dos serviços públicos de saneamento básico poderão delegar a organização, a regulação, a fiscalização e a prestação desses serviços, nos termos do art. 241 da Constituição Federal e da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005.

Art. 9º O titular dos serviços formulará a respectiva política pública de saneamento básico, devendo, para tanto:

I - elaborar os planos de saneamento básico, nos termos desta Lei;

II - prestar diretamente ou autorizar a delegação dos serviços e definir o ente responsável pela sua regulação e fiscalização, bem como os procedimentos de sua atuação;

III - adotar parâmetros para a garantia do atendimento essencial à saúde pública, inclusive quanto ao volume mínimo per capita de água para abastecimento público, observadas as normas nacionais relativas à potabilidade da água;

IV - fixar os direitos e os deveres dos usuários;

V - estabelecer mecanismos de controle social, nos termos do inciso IV do caput do art. 3º desta Lei;

VI - estabelecer sistema de informações sobre os serviços, articulado com o Sistema Nacional de Informações em Saneamento;

VII - intervir e retomar a operação dos serviços delegados, por indicação da entidade reguladora, nos casos e condições previstos em lei e nos documentos contratuais.

Art. 10. A prestação de serviços públicos de saneamento básico por entidade que não integre a administração do titular depende da celebração de contrato, sendo vedada a sua disciplina mediante convênios, termos de parceria ou outros instrumentos de natureza precária.

§ 1º Excetua-se do disposto no caput deste artigo:

I - os serviços públicos de saneamento básico cuja prestação o poder público, nos termos de lei, autorizar para usuários organizados em cooperativas ou associações, desde que se limitem a:

a) determinado condomínio;

b) localidade de pequeno porte, predominantemente ocupada por população de baixa renda, onde outras formas de prestação apresentem custos de operação e manutenção incompatíveis com a capacidade de pagamento dos usuários;

II - os convênios e outros atos de delegação celebrados até o dia 6 de abril de 2005.

§ 2º A autorização prevista no inciso I do § 1º deste artigo deverá prever a obrigação de transferir ao titular os bens vinculados aos serviços por meio de termo específico, com os respectivos cadastros técnicos.

Art. 11. São condições de validade dos contratos que tenham por objeto a prestação de serviços públicos de saneamento básico:

I - a existência de plano de saneamento básico;

II - a existência de estudo comprovando a viabilidade técnica e econômico-financeira da prestação universal e integral dos serviços, nos termos do respectivo plano de saneamento básico;

III - a existência de normas de regulação que prevejam os meios para o cumprimento das diretrizes desta Lei, incluindo a designação da entidade de regulação e de fiscalização;

IV - a realização prévia de audiência e de consulta públicas sobre o edital de licitação, no caso de concessão, e sobre a minuta do contrato.

§ 1º Os planos de investimentos e os projetos relativos ao contrato deverão ser compatíveis com o respectivo plano de saneamento básico.

§ 2º Nos casos de serviços prestados mediante contratos de concessão ou de programa, as normas previstas no inciso III do caput deste artigo deverão prever:

I - a autorização para a contratação dos serviços, indicando os respectivos prazos e a área a ser atendida;

II - a inclusão, no contrato, das metas progressivas e graduais de expansão dos serviços, de qualidade, de eficiência e de uso racional da água, da energia e de outros recursos naturais, em conformidade com os serviços a serem prestados;

III - as prioridades de ação, compatíveis com as metas estabelecidas;

IV - as condições de sustentabilidade e equilíbrio econômico-financeiro da prestação dos serviços, em regime de eficiência, incluindo:

- a) o sistema de cobrança e a composição de taxas e tarifas;
- b) a sistemática de reajustes e de revisões de taxas e tarifas;
- c) a política de subsídios;

V - mecanismos de controle social nas atividades de planejamento, regulação e fiscalização dos serviços;

VI - as hipóteses de intervenção e de retomada dos serviços.

§ 3º Os contratos não poderão conter cláusulas que prejudiquem as atividades de regulação e de fiscalização ou o acesso às informações sobre os serviços contratados.

§ 4º Na prestação regionalizada, o disposto nos incisos I a IV do caput e nos §§ 1º e 2º deste artigo poderá se referir ao conjunto de municípios por ela abrangidos.

Art. 12. Nos serviços públicos de saneamento básico em que mais de um prestador execute atividade interdependente com outra, a relação entre elas deverá ser regulada por contrato e haverá entidade única encarregada das funções de regulação e de fiscalização.

§ 1º A entidade de regulação definirá, pelo menos:

I - as normas técnicas relativas à qualidade, quantidade e regularidade dos serviços prestados aos usuários e entre os diferentes prestadores envolvidos;

II - as normas econômicas e financeiras relativas às tarifas, aos subsídios e aos pagamentos por serviços prestados aos usuários e entre os diferentes prestadores envolvidos;

III - a garantia de pagamento de serviços prestados entre os diferentes prestadores dos serviços;

IV - os mecanismos de pagamento de diferenças relativas a inadimplemento dos usuários, perdas comerciais e físicas e outros créditos devidos, quando for o caso;

V - o sistema contábil específico para os prestadores que atuem em mais de um Município.

§ 2º O contrato a ser celebrado entre os prestadores de serviços a que se refere o caput deste artigo deverá conter cláusulas que estabeleçam pelo menos:

I - as atividades ou insumos contratados;

II - as condições e garantias recíprocas de fornecimento e de acesso às atividades ou insumos;

III - o prazo de vigência, compatível com as necessidades de amortização de investimentos, e as hipóteses de sua prorrogação;

IV - os procedimentos para a implantação, ampliação, melhoria e gestão operacional das atividades;

V - as regras para a fixação, o reajuste e a revisão das taxas, tarifas e outros preços públicos aplicáveis ao contrato;

VI - as condições e garantias de pagamento;

VII - os direitos e deveres sub-rogados ou os que autorizam a sub-rogação;

VIII - as hipóteses de extinção, inadmitida a alteração e a rescisão administrativas unilaterais;

IX - as penalidades a que estão sujeitas as partes em caso de inadimplemento;

X - a designação do órgão ou entidade responsável pela regulação e fiscalização das atividades ou insumos contratados.

§ 3º Inclui-se entre as garantias previstas no inciso VI do § 2º deste artigo a obrigação do contratante de destacar, nos documentos de cobrança aos usuários, o valor da remuneração dos serviços prestados pelo contratado e de realizar a respectiva arrecadação e entrega dos valores arrecadados.

§ 4º No caso de execução mediante concessão de atividades interdependentes a que se refere o caput deste artigo, deverão constar do correspondente edital de licitação as regras e os valores das tarifas e outros preços públicos a serem pagos aos demais prestadores, bem como a obrigação e a forma de pagamento.

Art. 13. Os entes da Federação, isoladamente ou reunidos em consórcios públicos, poderão instituir fundos, aos quais poderão ser destinadas, entre outros recursos, parcelas das receitas dos serviços, com a finalidade de custear, na conformidade do disposto nos respectivos planos de saneamento básico, a universalização dos serviços públicos de saneamento básico.

Parágrafo único. Os recursos dos fundos a que se refere o caput deste artigo poderão ser utilizados como fontes ou garantias em operações de crédito para financiamento dos investimentos necessários à universalização dos serviços públicos de saneamento básico.

CAPÍTULO III

DA PRESTAÇÃO REGIONALIZADA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DE SANEAMENTO BÁSICO

Art. 14. A prestação regionalizada de serviços públicos de saneamento básico é caracterizada por:

I - um único prestador do serviço para vários Municípios, contíguos ou não;

II - uniformidade de fiscalização e regulação dos serviços, inclusive de sua remuneração;

III - compatibilidade de planejamento.

Art. 15. Na prestação regionalizada de serviços públicos de saneamento básico, as atividades de regulação e fiscalização poderão ser exercidas:

I - por órgão ou entidade de ente da Federação a que o titular tenha delegado o exercício dessas competências por meio de convênio de cooperação entre entes da Federação, obedecido o disposto no art. 241 da Constituição Federal;

II - por consórcio público de direito público integrado pelos titulares dos serviços.

Parágrafo único. No exercício das atividades de planejamento dos serviços a que se refere o caput deste artigo, o titular poderá receber cooperação técnica do respectivo Estado e basear-se em estudos fornecidos pelos prestadores.

Art. 16. A prestação regionalizada de serviços públicos de saneamento básico poderá ser realizada por:

I - órgão, autarquia, fundação de direito público, consórcio público, empresa pública ou sociedade de economia mista estadual, do Distrito Federal, ou municipal, na forma da legislação;

II - empresa a que se tenham concedido os serviços.

Art. 17. O serviço regionalizado de saneamento básico poderá obedecer a plano de saneamento básico elaborado para o conjunto de Municípios atendidos.

Art. 18. Os prestadores que atuem em mais de um Município ou que prestem serviços públicos de saneamento básico diferentes em um mesmo Município manterão sistema contábil que permita registrar e demonstrar, separadamente, os custos e as receitas de cada serviço em cada um dos Municípios atendidos e, se for o caso, no Distrito Federal.

Parágrafo único. A entidade de regulação deverá instituir regras e critérios de estruturação de sistema contábil e do respectivo plano de contas, de modo a garantir que a apropriação e a distribuição de custos dos serviços estejam em conformidade com as diretrizes estabelecidas nesta Lei.

CAPÍTULO IV

DO PLANEJAMENTO

Art. 19. A prestação de serviços públicos de saneamento básico observará plano, que poderá ser específico para cada serviço, o qual abrangerá, no mínimo:

I - diagnóstico da situação e de seus impactos nas condições de vida, utilizando sistema de indicadores sanitários, epidemiológicos, ambientais e socioeconômicos e apontando as causas das deficiências detectadas;

II - objetivos e metas de curto, médio e longo prazos para a universalização, admitidas soluções graduais e progressivas, observando a compatibilidade com os demais planos setoriais;

III - programas, projetos e ações necessárias para atingir os objetivos e as metas, de modo compatível com os respectivos planos plurianuais e com outros planos governamentais correlatos, identificando possíveis fontes de financiamento;

IV - ações para emergências e contingências;

V - mecanismos e procedimentos para a avaliação sistemática da eficiência e eficácia das ações programadas.

§ 1º Os planos de saneamento básico serão editados pelos titulares, podendo ser elaborados com base em estudos fornecidos pelos prestadores de cada serviço.

§ 2º A consolidação e compatibilização dos planos específicos de cada serviço serão efetuadas pelos respectivos titulares.

§ 3º Os planos de saneamento básico deverão ser compatíveis com os planos das bacias hidrográficas em que estiverem inseridos.

§ 4º Os planos de saneamento básico serão revistos periodicamente, em prazo não superior a 4 (quatro) anos, anteriormente à elaboração do Plano Plurianual.

§ 5º Será assegurada ampla divulgação das propostas dos planos de saneamento básico e dos estudos que as fundamentem, inclusive com a realização de audiências ou consultas públicas.

§ 6º A delegação de serviço de saneamento básico não dispensa o cumprimento pelo prestador do respectivo plano de saneamento básico em vigor à época da delegação.

§ 7º Quando envolverem serviços regionalizados, os planos de saneamento básico devem ser editados em conformidade com o estabelecido no art. 14 desta Lei.

§ 8º Exceto quando regional, o plano de saneamento básico deverá englobar integralmente o território do ente da Federação que o elaborou.

Art. 20. (VETADO).

Parágrafo único. Incumbe à entidade reguladora e fiscalizadora dos serviços a verificação do cumprimento dos planos de saneamento por parte dos prestadores de serviços, na forma das disposições legais, regulamentares e contratuais.

CAPÍTULO V

DA REGULAÇÃO

Art. 21. O exercício da função de regulação atenderá aos seguintes princípios:

I - independência decisória, incluindo autonomia administrativa, orçamentária e financeira da entidade reguladora;

II - transparência, tecnicidade, celeridade e objetividade das decisões.

Art. 22. São objetivos da regulação:

I - estabelecer padrões e normas para a adequada prestação dos serviços e para a satisfação dos usuários;

II - garantir o cumprimento das condições e metas estabelecidas;

III - prevenir e reprimir o abuso do poder econômico, ressalvada a competência dos órgãos integrantes do sistema nacional de defesa da concorrência;

IV - definir tarifas que assegurem tanto o equilíbrio econômico e financeiro dos contratos como a modicidade tarifária, mediante mecanismos que induzam a eficiência e eficácia dos serviços e que permitam a apropriação social dos ganhos de produtividade.

Art. 23. A entidade reguladora editará normas relativas às dimensões técnica, econômica e social de prestação dos serviços, que abrangerão, pelo menos, os seguintes aspectos:

I - padrões e indicadores de qualidade da prestação dos serviços;

II - requisitos operacionais e de manutenção dos sistemas;

III - as metas progressivas de expansão e de qualidade dos serviços e os respectivos prazos;

IV - regime, estrutura e níveis tarifários, bem como os procedimentos e prazos de sua fixação, reajuste e revisão;

V - medição, faturamento e cobrança de serviços;

VI - monitoramento dos custos;

VII - avaliação da eficiência e eficácia dos serviços prestados;

VIII - plano de contas e mecanismos de informação, auditoria e certificação;

IX - subsídios tarifários e não tarifários;

X - padrões de atendimento ao público e mecanismos de participação e informação;

XI - medidas de contingências e de emergências, inclusive racionamento;

XII – (VETADO).

§ 1º A regulação de serviços públicos de saneamento básico poderá ser delegada pelos titulares a qualquer entidade reguladora constituída dentro dos limites do respectivo Estado, explicitando, no ato de delegação da regulação, a forma de atuação e a abrangência das atividades a serem desempenhadas pelas partes envolvidas.

§ 2º As normas a que se refere o caput deste artigo fixarão prazo para os prestadores de serviços comunicarem aos usuários as providências adotadas em face de queixas ou de reclamações relativas aos serviços.

§ 3º As entidades fiscalizadoras deverão receber e se manifestar conclusivamente sobre as reclamações que, a juízo do interessado, não tenham sido suficientemente atendidas pelos prestadores dos serviços.

Art. 24. Em caso de gestão associada ou prestação regionalizada dos serviços, os titulares poderão adotar os mesmos critérios econômicos, sociais e técnicos da regulação em toda a área de abrangência da associação ou da prestação.

Art. 25. Os prestadores de serviços públicos de saneamento básico deverão fornecer à entidade reguladora todos os dados e informações necessários para o desempenho de suas atividades, na forma das normas legais, regulamentares e contratuais.

§ 1º Incluem-se entre os dados e informações a que se refere o caput deste artigo aquelas produzidas por empresas ou profissionais contratados para executar serviços ou fornecer materiais e equipamentos específicos.

§ 2º Compreendem-se nas atividades de regulação dos serviços de saneamento básico a interpretação e a fixação de critérios para a fiel execução dos contratos, dos serviços e para a correta administração de subsídios.

Art. 26. Deverá ser assegurado publicidade aos relatórios, estudos, decisões e instrumentos equivalentes que se refiram à regulação ou à fiscalização dos serviços, bem como aos direitos e deveres dos usuários e prestadores, a eles podendo ter acesso qualquer do povo, independentemente da existência de interesse direto.

§ 1º Excluem-se do disposto no caput deste artigo os documentos considerados sigilosos em razão de interesse público relevante, mediante prévia e motivada decisão.

§ 2º A publicidade a que se refere o caput deste artigo deverá se efetivar, preferencialmente, por meio de sítio mantido na rede mundial de computadores - internet.

Art. 27. É assegurado aos usuários de serviços públicos de saneamento básico, na forma das normas legais, regulamentares e contratuais:

I - amplo acesso a informações sobre os serviços prestados;

II - prévio conhecimento dos seus direitos e deveres e das penalidades a que podem estar sujeitos;

III - acesso a manual de prestação do serviço e de atendimento ao usuário, elaborado pelo prestador e aprovado pela respectiva entidade de regulação;

IV - acesso a relatório periódico sobre a qualidade da prestação dos serviços.

Art. 28. (VETADO).

CAPÍTULO VI

DOS ASPECTOS ECONÔMICOS E SOCIAIS

Art. 29. Os serviços públicos de saneamento básico terão a sustentabilidade econômico-financeira assegurada, sempre que possível, mediante remuneração pela cobrança dos serviços:

I - de abastecimento de água e esgotamento sanitário: preferencialmente na forma de tarifas e outros preços públicos, que poderão ser estabelecidos para cada um dos serviços ou para ambos conjuntamente;

II - de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos urbanos: taxas ou tarifas e outros preços públicos, em conformidade com o regime de prestação do serviço ou de suas atividades;

III - de manejo de águas pluviais urbanas: na forma de tributos, inclusive taxas, em conformidade com o regime de prestação do serviço ou de suas atividades.

§ 1º Observado o disposto nos incisos I a III do caput deste artigo, a instituição das tarifas, preços públicos e taxas para os serviços de saneamento básico observará as seguintes diretrizes:

I - prioridade para atendimento das funções essenciais relacionadas à saúde pública;

II - ampliação do acesso dos cidadãos e localidades de baixa renda aos serviços;

III - geração dos recursos necessários para realização dos investimentos, objetivando o cumprimento das metas e objetivos do serviço;

IV - inibição do consumo supérfluo e do desperdício de recursos;

V - recuperação dos custos incorridos na prestação do serviço, em regime de eficiência;

VI - remuneração adequada do capital investido pelos prestadores dos serviços;

VII - estímulo ao uso de tecnologias modernas e eficientes, compatíveis com os níveis exigidos de qualidade, continuidade e segurança na prestação dos serviços;

VIII - incentivo à eficiência dos prestadores dos serviços.

§ 2º Poderão ser adotados subsídios tarifários e não tarifários para os usuários e localidades que não tenham capacidade de pagamento ou escala econômica suficiente para cobrir o custo integral dos serviços.

Art. 30. Observado o disposto no art. 29 desta Lei, a estrutura de remuneração e cobrança dos serviços públicos de saneamento básico poderá levar em consideração os seguintes fatores:

I - categorias de usuários, distribuídas por faixas ou quantidades crescentes de utilização ou de consumo;

II - padrões de uso ou de qualidade requeridos;

III - quantidade mínima de consumo ou de utilização do serviço, visando à garantia de objetivos sociais, como a preservação da saúde pública, o adequado atendimento dos usuários de menor renda e a proteção do meio ambiente;

IV - custo mínimo necessário para disponibilidade do serviço em quantidade e qualidade adequadas;

V - ciclos significativos de aumento da demanda dos serviços, em períodos distintos; e

VI - capacidade de pagamento dos consumidores.

Art. 31. Os subsídios necessários ao atendimento de usuários e localidades de baixa renda serão, dependendo das características dos beneficiários e da origem dos recursos:

I - diretos, quando destinados a usuários determinados, ou indiretos, quando destinados ao prestador dos serviços;

II - tarifários, quando integrarem a estrutura tarifária, ou fiscais, quando decorrerem da alocação de recursos orçamentários, inclusive por meio de subvenções;

III - internos a cada titular ou entre localidades, nas hipóteses de gestão associada e de prestação regional.

Art. 32. (VETADO).

Art. 33. (VETADO).

Art. 34. (VETADO).

Art. 35. As taxas ou tarifas decorrentes da prestação de serviço público de limpeza urbana e de manejo de resíduos sólidos urbanos devem levar em conta a adequada destinação dos resíduos coletados e poderão considerar:

I - o nível de renda da população da área atendida;

II - as características dos lotes urbanos e as áreas que podem ser neles edificadas;

III - o peso ou o volume médio coletado por habitante ou por domicílio.

Art. 36. A cobrança pela prestação do serviço público de drenagem e manejo de águas pluviais urbanas deve levar em conta, em cada lote urbano, os percentuais de impermeabilização e a existência de dispositivos de amortecimento ou de retenção de água de chuva, bem como poderá considerar:

I - o nível de renda da população da área atendida;

II - as características dos lotes urbanos e as áreas que podem ser neles edificadas.

Art. 37. Os reajustes de tarifas de serviços públicos de saneamento básico serão realizados observando-se o intervalo mínimo de 12 (doze) meses, de acordo com as normas legais, regulamentares e contratuais.

Art. 38. As revisões tarifárias compreenderão a reavaliação das condições da prestação dos serviços e das tarifas praticadas e poderão ser:

I - periódicas, objetivando a distribuição dos ganhos de produtividade com os usuários e a reavaliação das condições de mercado;

II - extraordinárias, quando se verificar a ocorrência de fatos não previstos no contrato, fora do controle do prestador dos serviços, que alterem o seu equilíbrio econômico-financeiro.

§ 1º As revisões tarifárias terão suas pautas definidas pelas respectivas entidades reguladoras, ouvidos os titulares, os usuários e os prestadores dos serviços.

§ 2º Poderão ser estabelecidos mecanismos tarifários de indução à eficiência, inclusive fatores de produtividade, assim como de antecipação de metas de expansão e qualidade dos serviços.

§ 3º Os fatores de produtividade poderão ser definidos com base em indicadores de outras empresas do setor.

§ 4º A entidade de regulação poderá autorizar o prestador de serviços a repassar aos usuários custos e encargos tributários não previstos originalmente e por ele não administrados, nos termos da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995.

Art. 39. As tarifas serão fixadas de forma clara e objetiva, devendo os reajustes e as revisões serem tornados públicos com antecedência mínima de 30 (trinta) dias com relação à sua aplicação.

Parágrafo único. A fatura a ser entregue ao usuário final deverá obedecer a modelo estabelecido pela entidade reguladora, que definirá os itens e custos que deverão estar explicitados.

Art. 40. Os serviços poderão ser interrompidos pelo prestador nas seguintes hipóteses:

I - situações de emergência que atinjam a segurança de pessoas e bens;

II - necessidade de efetuar reparos, modificações ou melhorias de qualquer natureza nos sistemas;

III - negativa do usuário em permitir a instalação de dispositivo de leitura de água consumida, após ter sido previamente notificado a respeito;

IV - manipulação indevida de qualquer tubulação, medidor ou outra instalação do prestador, por parte do usuário; e

V - inadimplemento do usuário do serviço de abastecimento de água, do pagamento das tarifas, após ter sido formalmente notificado.

§ 1º As interrupções programadas serão previamente comunicadas ao regulador e aos usuários.

§ 2º A suspensão dos serviços prevista nos incisos III e V do caput deste artigo será precedida de prévio aviso ao usuário, não inferior a 30 (trinta) dias da data prevista para a suspensão.

§ 3º A interrupção ou a restrição do fornecimento de água por inadimplência a estabelecimentos de saúde, a instituições educacionais e de internação coletiva de pessoas e a usuário residencial de baixa renda beneficiário de tarifa social deverá obedecer a prazos e critérios que preservem condições mínimas de manutenção da saúde das pessoas atingidas.

Art. 41. Desde que previsto nas normas de regulação, grandes usuários poderão negociar suas tarifas com o prestador dos serviços, mediante contrato específico, ouvido previamente o regulador.

Art. 42. Os valores investidos em bens reversíveis pelos prestadores constituirão créditos perante o titular, a serem recuperados mediante a exploração dos serviços, nos termos das normas regulamentares e contratuais e, quando for o caso, observada a legislação pertinente às sociedades por ações.

§ 1º Não gerarão crédito perante o titular os investimentos feitos sem ônus para o prestador, tais como os decorrentes de exigência legal aplicável à implantação de empreendimentos imobiliários e os provenientes de subvenções ou transferências fiscais voluntárias.

§ 2º Os investimentos realizados, os valores amortizados, a depreciação e os respectivos saldos serão anualmente auditados e certificados pela entidade reguladora.

§ 3º Os créditos decorrentes de investimentos devidamente certificados poderão constituir garantia de empréstimos aos delegatários, destinados exclusivamente a investimentos nos sistemas de saneamento objeto do respectivo contrato.

§ 4º (VETADO).

CAPÍTULO VII

DOS ASPECTOS TÉCNICOS

Art. 43. A prestação dos serviços atenderá a requisitos mínimos de qualidade, incluindo a regularidade, a continuidade e aqueles relativos aos produtos oferecidos, ao atendimento dos usuários e às condições operacionais e de manutenção dos sistemas, de acordo com as normas regulamentares e contratuais.

Parágrafo único. A União definirá parâmetros mínimos para a potabilidade da água.

Art. 44. O licenciamento ambiental de unidades de tratamento de esgotos sanitários e de efluentes gerados nos processos de tratamento de água considerará etapas de eficiência, a fim de alcançar progressivamente os padrões estabelecidos pela legislação ambiental, em função da capacidade de pagamento dos usuários.

§ 1º A autoridade ambiental competente estabelecerá procedimentos simplificados de licenciamento para as atividades a que se refere o caput deste artigo, em função do porte das unidades e dos impactos ambientais esperados.

§ 2º A autoridade ambiental competente estabelecerá metas progressivas para que a qualidade dos efluentes de unidades de tratamento de esgotos sanitários atenda aos padrões das classes dos corpos hídricos em que forem lançados, a partir dos níveis presentes de tratamento e considerando a capacidade de pagamento das populações e usuários envolvidos.

Art. 45. Ressalvadas as disposições em contrário das normas do titular, da entidade de regulação e de meio ambiente, toda edificação permanente urbana será conectada às redes públicas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário disponíveis e sujeita ao pagamento das tarifas e de outros preços públicos decorrentes da conexão e do uso desses serviços.

§ 1º Na ausência de redes públicas de saneamento básico, serão admitidas soluções individuais de abastecimento de água e de afastamento e destinação final dos esgotos sanitários, observadas as normas editadas pela entidade reguladora e pelos órgãos responsáveis pelas políticas ambiental, sanitária e de recursos hídricos.

§ 2º A instalação hidráulica predial ligada à rede pública de abastecimento de água não poderá ser também alimentada por outras fontes.

Art. 46. Em situação crítica de escassez ou contaminação de recursos hídricos que obrigue à adoção de racionamento, declarada pela autoridade gestora de recursos hídricos, o ente regulador poderá adotar mecanismos tarifários de contingência, com objetivo de cobrir custos adicionais decorrentes, garantindo o equilíbrio financeiro da prestação do serviço e a gestão da demanda.

CAPÍTULO VIII

DA PARTICIPAÇÃO DE ÓRGÃOS COLEGIADOS NO CONTROLE SOCIAL

Art. 47. O controle social dos serviços públicos de saneamento básico poderá incluir a participação de órgãos colegiados de caráter consultivo, estaduais, do Distrito Federal e municipais, assegurada a representação:

I - dos titulares dos serviços;

II - de órgãos governamentais relacionados ao setor de saneamento básico;

III - dos prestadores de serviços públicos de saneamento básico;

IV - dos usuários de serviços de saneamento básico;

V - de entidades técnicas, organizações da sociedade civil e de defesa do consumidor relacionadas ao setor de saneamento básico.

§ 1º As funções e competências dos órgãos colegiados a que se refere o caput deste artigo poderão ser exercidas por órgãos colegiados já existentes, com as devidas adaptações das leis que os criaram.

§ 2º No caso da União, a participação a que se refere o caput deste artigo será exercida nos termos da Medida Provisória nº 2.220, de 4 de setembro de 2001, alterada pela Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003.

CAPÍTULO IX

DA POLÍTICA FEDERAL DE SANEAMENTO BÁSICO

Art. 48. A União, no estabelecimento de sua política de saneamento básico, observará as seguintes diretrizes:

I - prioridade para as ações que promovam a equidade social e territorial no acesso ao saneamento básico;

II - aplicação dos recursos financeiros por ela administrados de modo a promover o desenvolvimento sustentável, a eficiência e a eficácia;

III - estímulo ao estabelecimento de adequada regulação dos serviços;

IV - utilização de indicadores epidemiológicos e de desenvolvimento social no planejamento, implementação e avaliação das suas ações de saneamento básico;

V - melhoria da qualidade de vida e das condições ambientais e de saúde pública;

VI - colaboração para o desenvolvimento urbano e regional;

VII - garantia de meios adequados para o atendimento da população rural dispersa, inclusive mediante a utilização de soluções compatíveis com suas características econômicas e sociais peculiares;

VIII - fomento ao desenvolvimento científico e tecnológico, à adoção de tecnologias apropriadas e à difusão dos conhecimentos gerados;

IX - adoção de critérios objetivos de elegibilidade e prioridade, levando em consideração fatores como nível de renda e cobertura, grau de urbanização, concentração populacional, disponibilidade hídrica, riscos sanitários, epidemiológicos e ambientais;

X - adoção da bacia hidrográfica como unidade de referência para o planejamento de suas ações;

XI - estímulo à implementação de infra-estruturas e serviços comuns a Municípios, mediante mecanismos de cooperação entre entes federados.

Parágrafo único. As políticas e ações da União de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate e erradicação da pobreza, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida devem considerar a necessária articulação, inclusive no que se refere ao financiamento, com o saneamento básico.

Art. 49. São objetivos da Política Federal de Saneamento Básico:

I - contribuir para o desenvolvimento nacional, a redução das desigualdades regionais, a geração de emprego e de renda e a inclusão social;

II - priorizar planos, programas e projetos que visem à implantação e ampliação dos serviços e ações de saneamento básico nas áreas ocupadas por populações de baixa renda;

III - proporcionar condições adequadas de salubridade ambiental aos povos indígenas e outras populações tradicionais, com soluções compatíveis com suas características socioculturais;

IV - proporcionar condições adequadas de salubridade ambiental às populações rurais e de pequenos núcleos urbanos isolados;

V - assegurar que a aplicação dos recursos financeiros administrados pelo poder público dê-se segundo critérios de promoção da salubridade ambiental, de maximização da relação benefício-custo e de maior retorno social;

VI - incentivar a adoção de mecanismos de planejamento, regulação e fiscalização da prestação dos serviços de saneamento básico;

VII - promover alternativas de gestão que viabilizem a auto-sustentação econômica e financeira dos serviços de saneamento básico, com ênfase na cooperação federativa;

VIII - promover o desenvolvimento institucional do saneamento básico, estabelecendo meios para a unidade e articulação das ações dos diferentes agentes, bem como do desenvolvimento de sua organização, capacidade técnica, gerencial, financeira e de recursos humanos, contempladas as especificidades locais;

IX - fomentar o desenvolvimento científico e tecnológico, a adoção de tecnologias apropriadas e a difusão dos conhecimentos gerados de interesse para o saneamento básico;

X - minimizar os impactos ambientais relacionados à implantação e desenvolvimento das ações, obras e serviços de saneamento básico e assegurar que sejam executadas de acordo com as normas relativas à proteção do meio ambiente, ao uso e ocupação do solo e à saúde.

Art. 50. A alocação de recursos públicos federais e os financiamentos com recursos da União ou com recursos geridos ou operados por órgãos ou entidades da União serão feitos em conformidade com as diretrizes e objetivos estabelecidos nos arts. 48 e 49 desta Lei e com os planos de saneamento básico e condicionados:

I - ao alcance de índices mínimos de:

a) desempenho do prestador na gestão técnica, econômica e financeira dos serviços;

b) eficiência e eficácia dos serviços, ao longo da vida útil do empreendimento;

II - à adequada operação e manutenção dos empreendimentos anteriormente financiados com recursos mencionados no caput deste artigo.

§ 1º Na aplicação de recursos não onerosos da União, será dada prioridade às ações e empreendimentos que visem ao atendimento de usuários ou Municípios que

não tenham capacidade de pagamento compatível com a auto-sustentação econômico-financeira dos serviços, vedada sua aplicação a empreendimentos contratados de forma onerosa.

§ 2º A União poderá instituir e orientar a execução de programas de incentivo à execução de projetos de interesse social na área de saneamento básico com participação de investidores privados, mediante operações estruturadas de financiamentos realizados com recursos de fundos privados de investimento, de capitalização ou de previdência complementar, em condições compatíveis com a natureza essencial dos serviços públicos de saneamento básico.

§ 3º É vedada a aplicação de recursos orçamentários da União na administração, operação e manutenção de serviços públicos de saneamento básico não administrados por órgão ou entidade federal, salvo por prazo determinado em situações de eminente risco à saúde pública e ao meio ambiente.

§ 4º Os recursos não onerosos da União, para subvenção de ações de saneamento básico promovidas pelos demais entes da Federação, serão sempre transferidos para Municípios, o Distrito Federal ou Estados.

§ 5º No fomento à melhoria de operadores públicos de serviços de saneamento básico, a União poderá conceder benefícios ou incentivos orçamentários, fiscais ou creditícios como contrapartida ao alcance de metas de desempenho operacional previamente estabelecidas.

§ 6º A exigência prevista na alínea a do inciso I do caput deste artigo não se aplica à destinação de recursos para programas de desenvolvimento institucional do operador de serviços públicos de saneamento básico.

§ 7º (VETADO).

Art. 51. O processo de elaboração e revisão dos planos de saneamento básico deverá prever sua divulgação em conjunto com os estudos que os fundamentarem, o recebimento de sugestões e críticas por meio de consulta ou audiência pública e, quando previsto na legislação do titular, análise e opinião por órgão colegiado criado nos termos do art. 47 desta Lei.

Parágrafo único. A divulgação das propostas dos planos de saneamento básico e dos estudos que as fundamentarem dar-se-á por meio da disponibilização integral de seu teor a todos os interessados, inclusive por meio da internet e por audiência pública.

Art. 52. A União elaborará, sob a coordenação do Ministério das Cidades:

I - o Plano Nacional de Saneamento Básico - PNSB que conterà:

a) os objetivos e metas nacionais e regionalizadas, de curto, médio e longo prazos, para a universalização dos serviços de saneamento básico e o alcance de níveis crescentes de saneamento básico no território nacional, observando a compatibilidade com os demais planos e políticas públicas da União;

b) as diretrizes e orientações para o equacionamento dos condicionantes de natureza político-institucional, legal e jurídica, econômico-financeira, administrativa, cultural e tecnológica com impacto na consecução das metas e objetivos estabelecidos;

c) a proposição de programas, projetos e ações necessários para atingir os objetivos e as metas da Política Federal de Saneamento Básico, com identificação das respectivas fontes de financiamento;

d) as diretrizes para o planejamento das ações de saneamento básico em áreas de especial interesse turístico;

e) os procedimentos para a avaliação sistemática da eficiência e eficácia das ações executadas;

II - planos regionais de saneamento básico, elaborados e executados em articulação com os Estados, Distrito Federal e Municípios envolvidos para as regiões integradas de desenvolvimento econômico ou nas que haja a participação de órgão ou entidade federal na prestação de serviço público de saneamento básico.

§ 1º O PNSB deve:

I - abranger o abastecimento de água, o esgotamento sanitário, o manejo de resíduos sólidos e o manejo de águas pluviais e outras ações de saneamento básico de interesse para a melhoria da salubridade ambiental, incluindo o provimento de banheiros e unidades hidrossanitárias para populações de baixa renda;

II - tratar especificamente das ações da União relativas ao saneamento básico nas áreas indígenas, nas reservas extrativistas da União e nas comunidades quilombolas.

§ 2º Os planos de que tratam os incisos I e II do caput deste artigo devem ser elaborados com horizonte de 20 (vinte) anos, avaliados anualmente e revisados a cada 4 (quatro) anos, preferencialmente em períodos coincidentes com os de vigência dos planos plurianuais.

Art. 53. Fica instituído o Sistema Nacional de Informações em Saneamento Básico - SINISA, com os objetivos de:

I - coletar e sistematizar dados relativos às condições da prestação dos serviços públicos de saneamento básico;

II - disponibilizar estatísticas, indicadores e outras informações relevantes para a caracterização da demanda e da oferta de serviços públicos de saneamento básico;

III - permitir e facilitar o monitoramento e avaliação da eficiência e da eficácia da prestação dos serviços de saneamento básico.

§ 1º As informações do Sinisa são públicas e acessíveis a todos, devendo ser publicadas por meio da internet.

§ 2º A União apoiará os titulares dos serviços a organizar sistemas de informação em saneamento básico, em atendimento ao disposto no inciso VI do caput do art. 9º desta Lei.

CAPÍTULO X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 54. (VETADO).

Art. 55. O § 5º do art. 2º da Lei nº 6.766, de 19 de dezembro de 1979, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º
.....

§ 5º A infra-estrutura básica dos parcelamentos é constituída pelos equipamentos urbanos de escoamento das águas pluviais, iluminação pública, esgotamento sanitário, abastecimento de água potável, energia elétrica pública e domiciliar e vias de circulação.

..... ” (NR)

Art. 56. (VETADO)

Art. 57. O inciso XXVII do caput do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 24.
.....

XXVII - na contratação da coleta, processamento e comercialização de resíduos sólidos urbanos recicláveis ou reutilizáveis, em áreas com sistema de coleta seletiva de lixo, efetuados por associações ou cooperativas formadas exclusivamente por pessoas físicas de baixa renda reconhecidas pelo poder público como catadores de materiais recicláveis, com o uso de equipamentos compatíveis com as normas técnicas, ambientais e de saúde pública.

..... ” (NR)

Art. 58. O art. 42 da Lei nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 42.

§ 1º Vencido o prazo mencionado no contrato ou ato de outorga, o serviço poderá ser prestado por órgão ou entidade do poder concedente, ou delegado a terceiros, mediante novo contrato.

.....

§ 3º As concessões a que se refere o § 2º deste artigo, inclusive as que não possuam instrumento que as formalize ou que possuam cláusula que preveja prorrogação, terão validade máxima até o dia 31 de dezembro de 2010, desde que, até o dia 30 de junho de 2009, tenham sido cumpridas, cumulativamente, as seguintes condições:

I - levantamento mais amplo e retroativo possível dos elementos físicos constituintes da infra-estrutura de bens reversíveis e dos dados financeiros, contábeis e comerciais relativos à prestação dos serviços, em dimensão necessária e suficiente para a realização do cálculo de eventual indenização relativa aos investimentos ainda não amortizados pelas receitas emergentes da concessão, observadas as disposições legais e contratuais que regulavam a prestação do serviço ou a ela aplicáveis nos 20 (vinte) anos anteriores ao da publicação desta Lei;

II - celebração de acordo entre o poder concedente e o concessionário sobre os critérios e a forma de indenização de eventuais créditos remanescentes de investimentos ainda não amortizados ou depreciados, apurados a partir dos levantamentos referidos no inciso I deste parágrafo e auditados por instituição especializada escolhida de comum acordo pelas partes; e

III - publicação na imprensa oficial de ato formal de autoridade do poder concedente, autorizando a prestação precária dos serviços por prazo de até 6 (seis) meses, renovável até 31 de dezembro de 2008, mediante comprovação do cumprimento do disposto nos incisos I e II deste parágrafo.

§ 4º Não ocorrendo o acordo previsto no inciso II do § 3º deste artigo, o cálculo da indenização de investimentos será feito com base nos critérios previstos no instrumento de concessão antes celebrado ou, na omissão deste, por avaliação de seu valor econômico ou reavaliação patrimonial, depreciação e amortização de ativos imobilizados definidos pelas legislações fiscal e das sociedades por ações, efetuada por empresa de auditoria independente escolhida de comum acordo pelas partes.

§ 5º No caso do § 4º deste artigo, o pagamento de eventual indenização será realizado, mediante garantia real, por meio de 4 (quatro) parcelas anuais, iguais e sucessivas, da parte ainda não amortizada de investimentos e de outras indenizações relacionadas à prestação dos serviços, realizados com capital próprio do concessionário ou de seu controlador, ou originários de operações de financiamento, ou obtidos mediante emissão de ações, debêntures e outros títulos mobiliários, com a primeira parcela paga até o último dia útil do exercício financeiro em que ocorrer a reversão.

§ 6º Ocorrendo acordo, poderá a indenização de que trata o § 5º deste artigo ser paga mediante receitas de novo contrato que venha a disciplinar a prestação do serviço.” (NR)

Art. 59. (VETADO).

Art. 60. Revoga-se a Lei nº 6.528, de 11 de maio de 1978.

Brasília, 5 de janeiro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Márcio Fortes de Almeida
Luiz Paulo Teles Ferreira Barreto
Bernard Appy
Paulo Sérgio Oliveira Passos
Luiz Marinho
José Agenor Álvares da Silva
Fernando Rodrigues Lopes de Oliveira
Marina Silva

ANEXO II



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o **Congresso Nacional** decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

CAPÍTULO I

Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

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

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

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

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III

Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. (Incluído pela Lei nº 12.466, de 2011).

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II

Da Competência

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

CAPÍTULO V

Do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde – SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. (Incluído pela Lei nº 9.836, de 1999)

CAPÍTULO VI

DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002)

CAPÍTULO VII

DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 1º O acompanhante de que trata o caput deste artigo será indicado pela parturiente. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

Art. 19-L. (VETADO) (Incluído pela Lei nº 11.108, de 2005)

CAPÍTULO VIII

(Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE”

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o caput deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravo à saúde de que trata o protocolo. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e

a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 1º O processo de que trata o caput deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - (VETADO); (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

§ 2º (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-S. (VETADO). (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.”

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

TÍTULO III

DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I

Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

CAPÍTULO II

Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV

DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V

DO FINANCIAMENTO

CAPÍTULO I

Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

CAPÍTULO II

Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º Vetado.

§ 4º Vetado.

§ 5º Vetado.

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

CAPÍTULO III

Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do Inamps para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado).

Art. 49. (Vetado).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado).

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra

ANEXO III



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR
Alceni Guerra