



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SALVADOR

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

Leonardo Fernandes Puridade Maciel

**JUSTIÇA SOCIAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA.
ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS EM AÇÕES
QUE REPERCUTEM NOS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL
POR DOENÇA DIARRÉICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA.**

Salvador

2018

Leonardo Fernandes Puridade Maciel

**JUSTIÇA SOCIAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA.
ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS EM AÇÕES
QUE REPERCUTEM NOS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL
POR DOENÇA DIARRÉICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA.**

Dissertação apresentada ao mestrado em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica de Salvador como requisito parcial a obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. André Alves Portella

Salvador

2018

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

M152 Maciel, Leonardo Fernandes Puridade

Justiça social no financiamento da saúde pública: análise da alocação de recursos públicos em ações que repercutem nos índices de mortalidade infantil por doença diarreica no Município de Salvador–BA / Leonardo Fernandes Puridade Maciel. -- Salvador, 2018.

93 f.

Orientador: Profº Drº André Alves Portella.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Saúde pública 2. Saneamento básico 3. Doença diarreica 4. Vigilância epidemiológica I. Portella, André Alves – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 316.1:614(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

LEONARDO FERNANDES PURIDADE MACIEL

“JUSTIÇA SOCIAL NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA. ANÁLISE DA ALOCAÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS EM AÇÕES QUE REPERCUTEM NOS ÍNDICES DE MORTALIDADE INFANTIL POR DOENÇA DIARRÉICA NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA”.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 30 de abril de 2018.

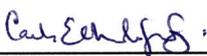
Banca Examinadora:



Prof. Dr. André Alves Portella - UCSAL (orientador)



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta - UCSal



Prof. Dr. Carlos Eduardo Soares de Freitas - UFBA

“É preciso explicar por que o mundo de hoje, que é horrível, é apenas um momento do longo desenvolvimento histórico e que a esperança sempre foi uma das forças dominantes das revoluções e das insurreições. E eu ainda sinto a esperança como minha concepção de futuro.”

Jean Paul Sartre, prefácio de “os condenados da terra”, de Frantz Fanon

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por estar presente em todos os momentos de minha vida guiando os meus passos.

À **Minha família** por ter me educado e me proporcionado a oportunidade de estudar para ser a pessoa que sou.

Ao **Dr. André Alves Portella**, meu orientador, pelas palavras de incentivo e preciosas contribuições.

Aos **professores do mestrado** em políticas sociais e cidadania da Universidade Católica de Salvador, em especial às professoras Dr^a Kátia Siqueira de Freitas e Dr^a Ana Maria Fernandes Pitta pelas valiosas lições.

Ao **professor convidado** Dr. Carlos Eduardo Freitas cujo ensinamento foi indispensável ao desenvolvimento desta dissertação.

Aos **colegas** da turma 2016.1 pelo companheirismo de caminharmos todos juntos com harmonia, fé e alegria durante esta calorosa trajetória, em especial a minha querida amiga Ma. Poliana Bertulíneo e Andrea Boczar.

Aos **funcionários** da secretaria pelo carinho de sempre.

À **FAPESB** pelo financiamento da pesquisa.

RESUMO

Com o objetivo geral de analisar criticamente a receita destinada a saúde na cidade de Salvador-Ba e sua relação com a doença diarréica infantil em virtude da ausência ou ineficácia da rede sanitária, a presente dissertação fará uma análise quantiquantitativa dos resultados coletados em bases de dados secundários e oficiais, a fim de verificar até que ponto há uma relação direta entre o financiamento do Sistema único de Saúde e da implementação de rede sanitária e esgotamento no município de Salvador-BA com a elevada taxa de mortalidade infantil por doença diarréica, esta utilizada neste trabalho como indicador de saúde. Visando auxiliar a implementação de políticas públicas de meio-ambiente voltadas à alocação de recursos financeiros em prol das populações mais carentes, além de destacar a importância dos determinantes sociais na saúde, esta pesquisa averiguará o real papel do sistema de financiamento público na aplicação, gerência e arrecadação orçamentária de modo a evitar o descompasso existente entre a real demanda dos serviços públicos e as limitações econômicas.

Palavras-chave: Vigilância epidemiológica. Saneamento básico. Financiamento público do SUS.

ABSTRACT

With the general objective of critically analyzing the income for health in the city of Salvador-Ba and its relationship with the diarrheal infantile disease due to the absence or inefficacy of the sanitary network, the present dissertation will make a quantified quantitative analysis of the results collected in databases secondary and official groups in order to verify the extent to which there is a direct relationship between the financing of the Single Health System and the implementation of the sanitary network and depletion in the municipality of Salvador, Bahia, with a high rate of infant mortality due to diarrheal disease. in this work as a health indicator. Aiming to assist the implementation of environmental public policies aimed at allocating financial resources to the poorest populations, in addition to highlighting the importance of social determinants in health, this research will investigate the real role of the public financing system in the application, management and budget collection in order to avoid the mismatch between the real demand for public services and economic constraints.

Keywords: Epidemiological surveillance. Basic sanitation. Public financing of SUS.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ART	Artigo
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil
DRU	Desvinculação das Receitas da União
EC	Emenda Constitucional
FHD	Febre Hemorrágica da Dengue
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde
ISB	Índice de Saneamento Básico
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NEF	Núcleo de Estudo em Tributação e Finanças Públicas
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPA	Plano Plurianual
RE	Recurso Extraordinário

RIPSA	Rede interagencial de informações para a saúde
RLI	Receita líquida de impostos
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre o Saneamento
SNVI	Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUS	Sistema Único de Saúde
UCSAL	Universidade Católica de Salvador
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

PREFÁCIO	13
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 01- A PROTEÇÃO ESTATAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	
3.1- Historicidade da proteção social.....	22
3.2- A questão social no século XXI.....	25
3.3- Direito e proteção social.....	29
CAPÍTULO 02. DO DIREITO À SAÚDE E AO SANEAMENTO	
2.1. Conceito.....	31
2.2. Direito à saúde e ao saneamento: um direito social.....	34
2.3. Planejamento municipal em saneamento básico.....	35
2.4. Movimentos sociais em defesa do saneamento.....	40
2.5. Panorama geral de saneamento no município de Salvador-Ba.....	42
2.5.1. Abastecimento de água e esgotamento sanitário.....	45
2.5.2. Resíduos sólidos.....	46
2.5.3. Drenagem urbana de águas pluviais em Salvador-Ba.....	47
CAPÍTULO 3- ARQUITETURA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA	
3.1- Marcos legais.....	50
3.2- A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS.....	53
3.3- Vinculação de recursos para o financiamento da saúde pública.....	55
3.4- Planejamento e financiamento do SUS em Salvador-Ba.....	56
3.5- As escolhas econômicas.....	62
3.6- Novo Regime Fiscal e o orçamento destinado à saúde.....	66

CAPÍTULO 4- DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM PERSPECTIVA

4.1- A vigilância epidemiológica.....	70
4.1.1- Histórico e definição.....	70
4.1.2- Da coleta de dados pela Vigilância Epidemiológica.....	75
4.2- Indicadores de Saúde como ferramenta de análise social.....	77
4.2.1- Indicador de mortalidade infantil.....	79
4.3 - Vigilância Epidemiológica da diarreia.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	87

PREFÁCIO

A importância pela análise “social” faz parte da vida.

Estudar o direito à saúde em tempos de exclusão social é discutir de que forma o acesso assistencial Estatal pode ser garantido em uma sociedade marcada pela injustiça social e desigualdades econômicas.

A realização desta pesquisa possibilitou vivenciar discussões que transformaram não apenas a minha formação acadêmica, mas todo um projeto de vida, uma vez que proporcionou um outro horizonte sobre o papel social dos indivíduos, na dicotomia entre a injustiça e o direito.

Com a adoção da linha de pesquisa *Estado, desenvolvimento e desigualdades sociais* alinhado ao *Núcleo de Estudo em Tributação e Finanças Públicas (NEF)* foi realizada uma pesquisa acerca da bibliografia relativa a questão social do financiamento público da Saúde no município de Salvador-BA.

Este levantamento trouxe dados alarmantes no que concerne à realidade vivenciada pelos soteropolitanos, o que serviu de arcabouço teórico para as discussões críticas apresentadas que reforçam o paradoxo relativo à justiça social e implementação das políticas públicas assistencialistas.

Deste modo, foi aprofundado o estudo relativo à efetividade dos direitos constitucionalmente positivados, notadamente para os fins desta dissertação aos temas do direito à saúde e ao saneamento básico a fim de identificar lacunas que obstam o exercício pleno da cidadania.

Ajustado à agenda interna e internacional, esta pesquisa fomentou o debate acerca do orçamento público destinado ao financiamento da Saúde visando salvaguardar a dignidade da pessoa humana em seus múltiplos aspectos. Esta análise não foi feita de forma isolada, pois, para os fins pretendidos, identificou-se um paralelo entre este tema e a questão sanitária no município de Salvador-Ba.

Esta dignidade da pessoa humana, no decorrer da pesquisa científica foi comprovadamente mitigada nas camadas mais pobres da sociedade, em que o direito à saúde não se alcançava ao passo em que se criou um substrato de marginalização da atenção pública.

Isto pode ser facilmente identificado quando debruçamos nas chamadas *doenças negligenciadas*, que são aquelas consideradas endêmicas em populações de baixa renda devido a fatores sociais e econômicos.

O combate a essas doenças pode ser viabilizado de diversas maneiras. Uma delas é a alocação orçamentária priorizada nas regiões que possuem um elevado nível de morbidade ou mortalidade confirmados como sendo oriundos destas enfermidades.

Para responder a esta questão, indispensável se faz conhecer o planejamento do gasto público a fim de avaliar criticamente as prioridades governamentais, ao considerar o recurso orçamentário como sendo finito.

Este cenário foi o responsável para a escrita desta dissertação, como forma de possibilitar o seu debate e incentivar outros pesquisadores à possibilidade de continuação dos estudos com os seus temas conexos.

INTRODUÇÃO

O tema abordado no presente trabalho se delineou a partir da constatação de que há, na sociedade, um descompasso entre a realidade e o ideal, quando se foca o olhar sobre as formas de assistência à saúde proporcionadas pelo Estado em contraste com o que o legislador procurou firmar em nossa Constituição Federal e com os compromissos assumidos pelas políticas sociais contemporâneas.

Nesta perspectiva, surge o cenário de pesquisa: Contexto da alocação financeira de recursos na área da saúde no município de Salvador-Ba.

Isto foi alcançado através da análise dos dados trazidos pelo Plano Municipal de Saúde do município de Salvador-Ba em vigor, que foi realizado através dos seguintes instrumentos de gestão municipal: Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano do Município de Salvador (PDDU, 2006), Plano Nacional de Saúde (PNS 2012-2015) e Plano Estadual de Saúde (PES 2012-2015); Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores (2013-2015); Planejamento Estratégico de Gestão do Município de Salvador (PEG) 2013-2016, Plano Plurianual (2014-2017); Planos de Ações das Redes de Atenção à Saúde; Políticas transversais; termos e compromissos assumidos pela gestão municipal; e as proposições da XII Conferência Municipal de Saúde.

O objetivo geral é analisar criticamente a receita destinada a saúde na cidade de Salvador-Ba e sua relação com a doença diarréica infantil em virtude da ausência ou ineficácia da rede sanitária.

Para isto, foi utilizado o seguinte indicador de saúde: mortalidade na infância em decorrência de doença diarréica.

Esta doença foi escolhida a partir do cenário apresentado pelo Plano Municipal de Saúde em vigor, o qual expõe preocupações a respeito desta enfermidade apontando índices que assolam a capital baiana e propondo programas voltados ao seu controle ou erradicação.

Outrossim, a mortalidade infantil é um dos mais sensíveis indicadores de saúde pois mede, juntamente com outros indicadores tais como a má distribuição de renda, grau de analfabetismo, dentre outros, o próprio grau de desenvolvimento do país.

Os indicadores de saúde consistem em parâmetros utilizados pela saúde coletiva a fim de verificar as condições de vida de uma dada população em análise.

Com efeito, a Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical¹, apontou que a doença diarreica infantil, está muitas vezes diretamente associada à falta ou ineficiência de saneamento básico e conseqüentemente à qualidade hídrica. Isto coaduna com o quanto apresentado pelo Plano Municipal de Saúde em vigor, que aponta preocupações em determinadas áreas da cidade que apresentam surtos desta doença.

A pesquisa se baseia na verificação de que há no município de Salvador-Ba, segundo os dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, somente 92,8% da população com acesso a um rede de esgotamento sanitário adequado².

Isto pode parecer muito, contudo, observando o contingente populacional da capital baiana, calculado pelo mesmo Instituto em quase 3 milhões de pessoas, isto corresponde a um déficit de aproximadamente 210 mil habitantes que não dispõem de um saneamento básico adequado, colocando Salvador na posição 302 no que corresponde ao saneamento em comparação com as outras cidades do país³.

Concomitantemente, nestas regiões, verificam-se altas taxas de transmissão das doenças relativas à falta ou ineficácia do tratamento sanitário de modo que o presente estudo analisará também, as condições sociais, econômicas e ambientais dos indivíduos moradores das regiões mais afetadas e com os maiores índices de transmissão das doenças decorrentes da má prestação de serviço sanitário.

Dados disponibilizados pela Revista Eletrônica de Gestão e Tecnologias Ambientais⁴, demonstram que boa parte da capital baiana sofre com a ineficiência da gestão de seus esgotamentos sanitários. Não basta ter a rede sanitária, esta deve guardar padrões mínimos qualitativos a fim de garantir a segurança hídrica da população beneficiada.

¹ Disponível em: <http://www.sbmt.org.br/portal/>

² Disponível em : <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>

³ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>

⁴ Desenvolvida através da gestão conjunta das instituições: Universidade Federal da Bahia - UFBA, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Universidade de Coimbra - UC e Universidade do Minho – UM; disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/gesta>>

A análise desses dados em conexão aos índices sanitários é de suma importância para esta investigação, de modo que, a partir desses parâmetros, notará a relação entre a deficiência sanitária no município de Salvador-Ba e a taxa de mortalidade infantil por doença diarreica.

A verificação desses dados surge em um cenário de descompasso entre a receita estatal, limitada por essência, e a necessidade de suprir a gama dos direitos sociais constitucionalmente dispostos por parte do administrador público.

Uma política de saúde voltada somente ao tratamento das doenças à mingua do combate a sua causa tornar-se ineficaz em um Estado que precisa cada vez mais otimizar as suas despesas em prol do bem comum e da garantia dos direitos da cidadania.

O tipo de estudo escolhido para esta dissertação foi o de natureza quantiquantitativa, pois este, ao expressar em números a alocação orçamentária por bloco de financiamento do SUS na cidade de Salvador-Ba, permite auxiliar a relação existente entre orçamento público, saneamento básico e saúde, possibilitando, ao investigador, conflitar os índices encontrados com os parâmetros desejados.

Para alcançar este resultado, os seguintes objetivos específicos foram traçados: verificar o aporte municipal de receita destinada ao financiamento dos programas voltados à saúde na cidade de Salvador-Ba; analisar as condições sociais, econômicas e ambientais dos indivíduos moradores das regiões mais afetadas e com os maiores índices de transmissão das doenças decorrentes da má prestação de serviço sanitário; expor as consequências que o Novo Regime Fiscal constituído poderá trazer para o acesso à saúde.

É cediço que há relação entre a alocação da receita municipal, respectivamente no financiamento do Sistema Único de Saúde e da implementação de rede sanitária e esgotamento no município de Salvador-Ba com a elevada taxas de doenças relativas à falta ou ineficiência de saneamento básico neste município.

É de grande relevância o tema escolhido para a presente pesquisa, isto justifica-se, pois, a matéria relativa à efetividade da política de saúde é um instrumento garantidor da dignidade da pessoa humana, ao passo em que visa auxiliar a

implementação de políticas públicas de meio ambiente voltadas a alocação de recursos financeiros em prol da população mais carente.

Contudo, muitas vezes essas políticas de saúde tornam-se instrumentos de plano de governo, ao passo em que deveria ser política de Estado, assim sendo, diferentes governantes pressupõe diferentes medidas e que nem sempre possuem alguma relação entre elas.

É o que ocorreu por exemplo com a PEC 241, conhecida como a PEC do teto dos gastos públicos. Esta medida de governo limitou o orçamento da esfera federal no que tange ao financiamento de diversas políticas sociais, dentre elas a política de saúde que vinha sido implementada desde então.

O indicador de saúde utilizado nesta investigação será o da mortalidade, notadamente a infantil e em especial aquelas decorrentes de doença diarréica.

No Município de Salvador, segundo os dados do IDSUS- Índice de Desempenho do Sistema único de Saúde, programa vinculado ao Ministério da Saúde, somente 17% da população Soteropolitana tem acesso efetivo às equipes básicas de saúde, enquanto a média nacional beira os 69,8%.

Isto prejudica o controle das epidemias, na medida em que não há um efetivo acesso do agente comunitário epidemiológico, resultante da Portaria Ministerial nº 1007/2010, nas famílias atendidas dentro do limite territorial de cada Unidade Básica de Saúde – UBS.

Daí surge a necessidade de fomentar as pesquisas científicas nesta área, a fim de colaborar com o Poder Público na formulação do orçamento das políticas de saúde e do meio ambiente mais eficientes de modo a auxiliar a compatibilização das receitas limitadas em prol dos cidadãos mais necessitados de assistência Estatal.

Embasada nessa problemática, a dissertação foi elaborada considerando duas temáticas centrais, quais sejam: direito à saúde e ao saneamento básico, estas resultaram na divisão deste trabalho em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta os parâmetros legais vinculados ao direito a saúde e ao saneamento básico que por força de lei devem ser observados pela Administração Pública.

Tendo em vista o forte caráter de cunho social e financeiro nesta pesquisa, ao se analisar as contas públicas e sua relação com a realidade, de suma importância se

faz a discussão pormenorizada da metodologia utilizada a fim de possibilitar aos outros pesquisadores a verificação dos passos e assim ratificar os resultados encontrados.

A hipótese inicial da pesquisa foi que a ineficácia na aplicação do orçamento público colabora para o aumento da taxa de mortalidade infantil decorrente da doença diarreica.

A metodologia utilizada nesta dissertação foi a revisão bibliográfica da literatura, além da análise de dados publicados na base do governo. Assim, foi possível estabelecer e desenvolver o marco teórico inicial necessário para a análise da problemática de pesquisa.

No segundo momento, e já estabelecido o marco teórico da pesquisa, foi feita a análise crítica da destinação dos recursos orçamentários destinados à saúde em Salvador-Ba.

Com essas ações, poderão ser respondidas com segurança as problemáticas da pesquisa científica que poderá auxiliar a execução de políticas públicas de saúde alocando recursos com eficiência as localidades mais necessitadas.

Este passo será responsável por responder aos seguintes questionamentos: há relação entre o investimento público destinado ao SUS na cidade de Salvador-Ba com os índices encontrados de determinadas doenças conhecidas como negligenciadas? Poderá ser dito que possíveis maus indicadores obtidos ocorrem devido à falta de investimento em saúde?

O primeiro capítulo abordará acerca da proteção social e o seu desenvolvimento histórico no Brasil e no mundo. Esta parte será responsável por trazer a base das discussões que serão abordadas nesta dissertação por colocar em evidência a responsabilidade do Estado em garantir aos seus cidadãos padrões mínimos para a subsistência.

O segundo capítulo trará, de maneira pormenorizada, questões como justiça social e desigualdades, acesso a saúde e sua garantia estatal, além da apresentação da realidade do saneamento básico no município de Salvador-Ba.

O terceiro capítulo, analisa o modelo de financiamento das políticas voltadas a saúde no município de Salvador-Ba. Neste, serão debatidas questões a respeito do

orçamento público destinado por modalidade de atendimento, além dos dados e tabelas que representam o cenário da realidade soteropolitana.

O alcance deste capítulo foi delimitado através do Plano Municipal de Saúde (2012-2017), que estabelece as diretrizes municipais a serem alcançadas e expõe a situação atual do município através da utilização de dados secundários realizados por órgãos oficiais.

Neste capítulo também será realizada uma análise crítica da política de governo adotada a partir da aprovação do Novo Regime Fiscal que estabelece um teto para os gastos públicos.

Deste modo, serão dialogados os efeitos atuais e possíveis efeitos futuros advindos do congelamento das despesas públicas e seus impactos para as políticas de saúde.

É cediço que com o aumento exponencial da população brasileira prevista até o ano de 2042⁵, a estagnação da verba pública trará um déficit de atendimento do SUS jamais antes vistos, que poderá trazer um retrocesso social sem precedentes.

O quarto e último capítulo intitulado *determinantes sociais da saúde: processo saúde-doença em perspectiva* será responsável por explicar acerca das doença-indicador pré-definida para esta pesquisa científica, além de abordar os principais aspectos de sua ocorrência e os passos determinados a nível nacional e internacional a fim de contê-las.

Para tanto, a doença diarréica advinda da falta de saneamento básico, objeto da presente investigação, será exposta também com seu viés social de modo a possibilitar uma análise intersetorial e multidisciplinar da patologia, além de proporcionar discussões para além da seara quantitativa dos dados de saúde coletados.

Em posse destes dados, políticas públicas de saúde voltadas aos mais carentes poderão ser sugeridas, de modo a auxiliar na solução para o descompasso existente entre as limitações orçamentárias e a obrigação constitucional de garantia dos direitos da cidadania.

⁵ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>

Os resultados encontrados serão de suma importância a fim de que possa auxiliar na proposição de um modelo de financiamento público mais eficaz auxiliando que a alocação financeira seja destinada a verdadeira causa dos indicadores de saúde e não aos seus efeitos.

CAPÍTULO 1- A PROTEÇÃO ESTATAL NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

O Brasil chegou tardiamente em uma rede de proteção social, somente consolidada com a Constituição Federal de 1988. Esta, por sua vez, em decorrência de ser caráter altamente assistencialista, prevê diversos direitos e deveres do Estado em relação aos cidadãos.

O debate histórico acerca da questão social envolve em especial o reconhecimento do trabalho como pressuposto para adequação do ser humano como sujeito de direitos.

Partindo desta premissa, é necessário possibilitar as discussões em um contexto multidisciplinar, com o fito de viabilizar uma maior abrangência ao conteúdo apresentado mostrando as diversas perspectivas que um discurso econômico pode apresentar.

1.1.HISTORICIDADE DA PROTEÇÃO SOCIAL

Analisar as relações entre direito e sociedade não é estudar dois sistemas claramente separados por fronteiras definidas, pois seus limites estão sendo delimitados diariamente pelas ações dos indivíduos capazes de influenciar no modelo de regulação vigente⁶.

A perspectiva de uma sociedade que se julga independente do “direito” em muitos aspectos, pressupõe uma maior dificuldade em estabelecer alternativas institucionais para a busca de uma proteção social. O modelo do *Estado de Bem-Estar Social* não mais é suficiente para responder os anseios da sociedade que aponta um novo trilhar no começo do século XXI.

As discussões contemporâneas relativas a proteção social abrange especificamente a relação entre trabalho e capital, e possui como um dos seus instrumentos o uso do contrato de emprego como mecanismo padrão a ser utilizado ao adquirir uma mão de obra.⁷

Isto deve-se ao fato de que o contrato durante muito tempo era tido como o *documento* necessário para o recebimento dos benefícios sociais como os de origem previdenciária e os de saúde.

⁶ RODRIGUEZ, José Rodrigo. “Direito e proteção social: nova institucionalidade”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 168.

⁷ CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: Uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

Por estas razões, os debates acerca do emprego e desemprego permeiam largamente a agenda social interna reforçando a máxima *ser empregado significa estar incluído no âmbito das políticas públicas*⁸.

Para debater esta noção, é de suma importância o conhecimento do trabalho como questão social e pública, além de verificar a forma em que este se desenvolveu no seio da sociedade capitalista.

Pfeifer e Adams (2012, p. 315) destaca que *a sociedade capitalista que se estabelece tem por base uma lógica exploradora e desigual, posta estruturalmente pela forma de organização da produção que, mediante diferentes fatores, possibilitou a apropriação privada da riqueza social*⁹.

A questão social teve o seu surgimento em meados do séc. XIX atrelado aos ideários da Revolução Francesa e da ascensão do capitalismo industrial e urbano¹⁰.

Tratava-se de um novo modelo assistencial, contrário as barbaridades da vida feudal, com a afirmação de diversos *novos direitos* em um cenário social de opressão e segregação, que em decorrência do próprio desenvolvimento do sistema econômico decorrente da exploração do trabalho, viu-se em meio a uma *revolução social* capitaneada pelas recorrentes greves e motins dos trabalhadores¹¹.

A vida miserável deste grupo social abarcado pelo fenômeno da pobreza¹², lhes conscientizou da precariedade das condições vividas, eclodindo pela classe laboral,

⁸ RODRIGUEZ, José Rodrigo. “Direito e proteção social: nova institucionalidade”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 169.

⁹ PFEIFER, Mariana; ADAMS, José Rodrigo B. Afinal, o que é a questão social? **Revista de Trabajo Social**, Tandil, Argentina, FCH-UNCPBA, Ano 5, v. 4, nº. 7, Julho 2012.

¹⁰ BANDEIRA, Lourdes. “Questão social”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

¹¹ BANDEIRA, Lourdes. “Questão social”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

¹² A pobreza é uma realidade apesar das importantes mudanças no Sistema Capitalista de Produção. O seu desenvolvimento expressa situações distintas de manifestação da pauperização, isso porque cabe às forças do capital as funções de determinação tanto no nível de emprego da mão de obra na dinâmica da produção de renda e riqueza como na dimensão da oferta daqueles que somente possuem a venda de sua própria força de trabalho para o sustento próprio e de sua família. Inicialmente a pobreza pode ser discutida a partir de dois aspectos, o primeiro refere-se a chamada metamorfose na natureza da pobreza, ou seja, com o desenvolvimento das sociedades urbanas e industriais, a pobreza transitou da condição absoluta para a relativa, e a segunda pode ser explicada a partir de três concepções. A primeira expressa a perspectiva higienista, muito defendida por Jeremy Bentham (1748-1832) e Thomas Malthus (1776-1834), esta concepção culpa os pobres a sua própria condição haja vista a elevada taxa de natalidade entre eles e o resultado seria a formação de estratos de “inempregáveis” e “vagabundos”. Frente a isso, caberia o Estado na reclusão dos pobres por meios dos cárceres, sanatórios ou colocados em casa à margem da sociedade. A segunda concepção, defendida em boa parte por William Beveridge (1889-1963) e John Keynes (1883-1946) associa-se à

como já dito, resistências, e como consequência *o trabalho constituiu-se em um pilar de coesão social, assegurando garantias, direitos sociais e demandas por políticas públicas e cidadania*¹³.

Em virtude dessas mudanças, novos atores sociais e contextos surgiram decorrentes da exploração e do empobrecimento dos trabalhadores que embora tivessem alguns direitos garantidos, estes não eram efetivados por meio de suas políticas públicas correspondentes¹⁴.

Estas foram as primeiras constatações históricas do que se denomina questão social, contudo ela não deve ser limitada ao reconhecimento da pobreza e miséria:

“[...] a questão social é a aporia das sociedades modernas que põe em foco a disjunção, sempre renovada, entre a lógica do mercado e a dinâmica societária, entre a exigência da ética dos direitos e os imperativos de eficácia da economia, entre a ordem legal que promete igualdade e a realidade das desigualdades e exclusões tramadas na dinâmica das relações de poder e dominação¹⁵.”

Neste contexto o Estado apresenta-se como a *ultima ratio* do trabalhador a garantir, por exemplo, piso salarial fixado em lei, férias, intervalos entre jornadas e intrajornadas, e outras proteções não antes vistas na história da humanidade¹⁶.

perspectiva inclusiva, deste modo o Estado deveria estabelecer ações voltadas ao pleno emprego da população, com o aparecimento do Estado do bem-estar social, este permitiu assumir um papel fundamental da dimensão da força de trabalho por meio da alocação nas funções públicas para garantia de renda à margem do mercado de trabalho, por outro lado, estas ações excluíam muitas vezes aqueles com produtividade diferenciadas como idosos, doentes e deficientes. A terceira concepção, por fim, defendida por Robert Owen (1771-1858) e Charles Fourier (1772-1832) é comprometida com a perspectiva compartilhada das políticas públicas promotoras de renda e ocupação à margem do funcionamento do modo de produção capitalista, somente uma economia social e solidária seria portadora da absorção dos segmentos empobrecidos. (PORCHMANN, Marcio. “Pobreza e Capitalismo”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, p. 363- 366).

¹³ BANDEIRA, Lourdes. “Questão social”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 390.

¹⁴ BENEVIDES, Maria Vitória. **A questão social no Brasil os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais**. Disponível em: <
http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/mariavictoria/benevides_questao_br_dhesc.pdf>

¹⁵ TELLES, Vera da Silva. Questão social: afinal do que se trata? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, nº 4, out/dez, 1996, pág. 85.

¹⁶ BANDEIRA, Lourdes. “Questão social”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

1.2. A QUESTÃO SOCIAL NO SÉCULO XXI

Atualmente, explorar a mão de obra acima de determinados parâmetros é inaceitável em parte dos países do globo, contudo, nações como a China e Coréia do Sul andam na contramão ao estabelecer jornadas exaustivas e baixos salários¹⁷.

Isto deveu-se as escolhas macroeconômicas destes países ao abrir o mercado interno para a expansão do capital através das empresas transnacionais e multinacionais tornando-se verdadeiros *paraísos* para a produção de bens e serviços¹⁸.

A China e a Coréia do Sul em 1980, segundo os dados do Banco Mundial¹⁹, exportaram cada uma aproximadamente 16 bilhões de dólares, ao passo em que o Brasil, neste mesmo período, exportava 22 bilhões de dólares.

Contudo, em 2014, segundo os dados da mesma fonte, o Brasil exportava 220 bilhões de dólares, e a Coréia do Sul e China exportava respectivamente 570 bilhões de dólares e 2,3 trilhões de dólares, valores bastantes superiores ao numerário brasileiro.

Isto deveu-se sobretudo aos baixos juros, mão de obra abundante, moeda desvalorizada, fragilidade estrutural das leis e benefícios fiscais, tudo o que o capital procura para a sua expansão²⁰.

Esse *modelo de regulação institucionalizado* implica claramente a aglutinação do direito e da ética pela economia, baseadas no pensamento liberal clássico de Adam Smith no qual o salário e as condições de trabalho seriam estabelecidas pelo próprio mercado²¹.

Assim, a questão da proteção social muda completamente a sua natureza. De acordo com o ponto de vista liberalista, a questão da justiça social seria dissolvida no âmbito racional-econômico.

Dito isto, se a mão de obra em uma determinada região fosse abundante, esta própria faria os salários abaixarem de modo que incentivaria os trabalhadores a

¹⁷ HARVEY, David. A crise. In: **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

¹⁸ KURZ, Robert. Perdedores Globais. In: **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

¹⁹ Disponível em: < <http://www.worldbank.org/>>

²⁰ KURZ, Robert. Perdedores Globais. In: **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

²¹ BANDEIRA, Lourdes. "Questão social", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

procurarem emprego em outro lugar com melhores condições para exercer a sua função.

“[...] para que esse modelo possa ser levado a sério, é preciso defender a abolição das fronteiras nacionais e, especialmente, o fim dos limites à imigração e de barreiras linguísticas e de formação profissional como requisitos para contratação de trabalhadores ao redor do globo²².”

Este pensamento doutrinário neoliberal norteou diversas economias ocidentais no pós segunda guerra pois haviam autoridades como Ronald Reagan, Margaret Thatcher e o general Augusto Pinochet prontas para utilizar o poder Estatal para acabar com o trabalho organizado²³.

“As políticas dos anos de 1980 de ataque à inflação com o arrocho da economia e gastos públicos foram um disfarce para esmagar os trabalhadores, e assim criar um exercito industrial de reserva que minaria o poder do trabalho e permitiria aos capitalistas obter lucros fáceis para sempre. Resultado: os salários estagnaram. Isso foi acompanhado nos EUA por uma política de criminalização e encarceramento dos pobres, que colocou mais de 2 milhões atrás das grades até 2000²⁴.”

Ao considerarmos a dialética entre o Estado capitalista e todo o conjunto de manifestações de desigualdades produzidas pelo capitalismo avançado, percebe-se que os tidos como *inúteis do mundo*²⁵, para Castel (1998), ou os *empobrecidos e excluídos*²⁶, para Rosanvallon (1995), merecem, pela condição de humanos e independentemente de relação de trabalho, garantias de determinados direitos.

“[...] a exclusão não é a ausência de relação social, mas um conjunto de relações sociais particulares da sociedade como um todo. Portanto, a ordem de desfiliação social não pode ser dada como periférica à sociedade salarial; deve ser compreendida

²² RODRIGUEZ, José Rodrigo. “Direito e proteção social: nova institucionalidade”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 172.

²³ HARVEY, David. A crise. In: **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.

²⁴ HARVEY, David. A crise. In: **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011. Pág. 21.

²⁵ CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

²⁶ ROSANVALLON, Pierre. **La nouvelle question sociale**. Repenser l'État-providence. Paris Seuil, 1995.

como parte de sua própria constituição, pois, o cerne da problemática dos excluídos não está entre os excluídos²⁷.”

O próprio cenário socioeconômico das políticas de integração existentes até os anos de 1970 é substituído, gradativamente, pelo das políticas de inserção²⁸. Isto no Brasil, ocorreu tardiamente com a Constituição Federal de 1988, a qual previa diversos direitos sociais ²⁹a serem tutelados ora pelo Estado aos cidadãos.

Hoje, a questão social pode ser sistematizada como expressão da própria sociedade capitalista geradora de desigualdades sociais e degradação da mão de obra. Isto, por sua vez, ocorre tanto na ordem do privado com a monopolização dos meios de produção, quanto na ordem pública com os cortes de servidores, privatizações e terceirizações³⁰.

A efetiva implementação dos direitos sociais implica refletir a importância do papel do Estado no campo das políticas públicas, notadamente aquelas voltadas aos mais necessitados.

Sanches Filho (2013, pág.369) reconhece a dificuldade de estabelecer uma definição única do que seja políticas públicas devido a multidisciplinaridade de seus conteúdos, entretanto assim a explica:

“Políticas sociais como políticas públicas podem ser compreendidas de acordo com a sua natureza, seu processo e seus conteúdos. Elas envolvem planos, ações e medidas governamentais cuja implementação objetiva garantir direitos sociais, bem como enfrentar problemas decorrentes do desenvolvimento econômico, sobretudo do capitalismo e de seus períodos de crise, como pauperização, pobreza, insalubridade, condições e regulação do trabalho, seguros previdenciários e etc³¹”.

²⁷ CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: Uma crônica do salário. Petrópolis: Editora Vozes, 1998, pág. 143.

²⁸ SANCHES FILHO, Alvino Oliveira. “Políticas sociais”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

²⁹ CF/88, “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.”

³⁰ BENEVIDES, Maria Vitória. **A questão social no Brasil os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais**. Disponível em: <
http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/mariavictoria/benevides_questao_br_dhesc.pdf>

³¹ SANCHES FILHO, Alvino Oliveira. “Políticas sociais”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 369.

A linha tênue que divide política pública da política social, em que pese não haver um consenso doutrinário, refere-se a finalidade da medida.

Entende-se, desde a resumida definição de Dye ³²(2005), que a política pública é tudo aquilo que o governo deseja fazer ou se abster, ou seja, toda reação ou inação governamental; linha de pensamento seguida por Celina Souza³³ (2006) e Deubel ³⁴(2005) que conclui destacando positivamente que toda política social repercussora sobre os aspectos da garantia de conquistas sociais e chancelada pela autoridade governamental, é, em certa medida, política pública.

Sob esse aspecto, as políticas sociais no decorrer da história assumiram diferentes modalidades: assistência social, seguro social e Estado de bem-estar social ou *Welfare State*³⁵.

A assistência social nasceu em um contexto de orientação liberal com natureza compensatória e/ou punitiva, podendo envolver a perda de outros direitos de cidadania, sendo de certo modo associada a uma *cidadania invertida*³⁶.

A segunda, com sua natureza securitária, relaciona-se à proteção dada a classe trabalhadora por meio de uma relação jurídica contraprestacional e proporcional à prévia contribuição, esta é relacionada a um conceito de *cidadania regulada*³⁷.

O Estado de bem-estar social ou *Welfare State*, possui uma indicação da chamada *cidadania plena*, ao estabelecer ao Estado a garantia de um mínimo vital dos direitos sociais aos cidadãos³⁸.

Este mínimo vital garantido é explicado ao menos por duas matrizes argumentativas, as quais, em que pese não esgotar a discussão acerca da sua natureza, são de suma importância ao debate global desta temática.

³² DYE, Thomas R. Policy Analysis. What governments do, why they do it, and what difference it makes. In: DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 11 ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2005.

³³ SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.

³⁴ DEUBEL, André Noel R. **Políticas públicas**. Colômbia: Edições Aurora, 2002.

³⁵ SANCHES FILHO, Alvino Oliveira. "Políticas sociais", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

³⁶ MARSHALL, Thomas H. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

³⁷ SANTOS, Wanderley G. dos. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campus Ltda., 1979.

³⁸ FLEURY, Sônia M. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, nº. 4, pág. 400-417, out/dez, 1985.

A primeira aponta o *Welfare State* como produto das transformações econômicas desencadeadas pelo processo de modernização e industrialização crescente a partir do final do século XIX. Nesta senda, os gastos sociais seriam concomitantes com o desenvolvimento industrial, para atenuar a relação empobrecimento do trabalhador e enriquecimento do empregador³⁹.

Por sua vez, a segunda matriz aduz que o Estado de bem-estar social aparece como instrumento imprescindível para o desenvolvimento do próprio capitalismo. De corte marxista, esta concepção defende que as políticas públicas objetivam acima de tudo garantir a acumulação e legitimação do próprio sistema de reprodução do capital⁴⁰.

Assim, as políticas sociais nos Estados de implantação tardia do capitalismo, é pré-condição para a preparação da classe trabalhadora, com exceção de pequenas atividades que podem ser realizadas fora do reino das trocas mercantis⁴¹.

No decorrer destas relações percebe-se a assimetria do *poder* na relação Estado e cidadão correndo a par da seguinte questão: *O que significa ser protegido na sociedade contemporânea*⁴²?

1.3. DIREITO E PROTEÇÃO SOCIAL

Neste sentido, percebe-se a influência exercida pelo direito em defesa da proteção social. Isto pode ser facilmente percebido ao se analisar por exemplo as previsões legais existentes no art. 5º da Constituição Federal.

Uma das finalidades do direito é justamente a pacificação social, que pode ser alcançada, dentre outros, através das medidas de proteção social que garanta padrões mínimos de dignidade aos tutelados.

Daí surge a importância de fomentar medidas jurídicas que garantam ou auxiliem a aplicação do orçamento público na defesa dos direitos de cidadania, e em especial aquelas medidas garantidoras do direito a vida.

³⁹ SANCHES FILHO, Alvaro Oliveira. "Políticas sociais", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

⁴⁰ SANCHES FILHO, Alvaro Oliveira. "Políticas sociais", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

⁴¹ OFFE, Claus; LENHARDT, Gero. Teoria do Estado e Política Social. In: OFFE, Claus et al. **Problemas estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

⁴² CASTEL, Robert. **A insegurança social: o que é ser protegido**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

O direito nem sempre esteve alinhado a proteção social, ao se debruçar pela história, percebe-se claramente a legitimação pelo direito de regimes políticos autoritários que mitigaram em sua completude a proteção social.

Veja-se por exemplo o regime Nazista na Alemanha, ou o facista de Mussolini na Itália, ambos tinham em comum a tutela do direito para com os seus atos, contudo, estes nem sempre eram alinhados ao ditame da justiça.

Direito e Justiça por muitas vezes na história não caminham juntos, a justiça por sua vez, denota a aplicação de princípios outros, que ampliam o seu alcance em comparação a definição de direito, de modo que, aquele nem sempre está contido neste.

CAPÍTULO 02. DO DIREITO À SAÚDE E AO SANEAMENTO

2.1. CONCEITO

A concepção moderna de saneamento básico tem por finalidade além de compreender a questão atinente ao sanitarismo como instrumento de promoção da saúde coletiva, ela procura equilibrar os ditames modernos de desenvolvimento urbano e econômico com a preservação ambiental.

Desta forma, a própria política sanitária empregada, pode emergir com potencial garantidor dos níveis da qualidade de vida do grupo populacional beneficiado, com a mitigação das doenças potencialmente geradas a partir da constatação do subdesenvolvimento nacional.

De fato, suas ações beneficiam de forma mais direta a parcela da população mais carente, esta, por sua vez, grande maioria nos centros urbanos, permitindo-lhe precipuamente atenuar as desigualdades e iniquidades sociais.

Em uma interpretação definindo o conceito literal, saneamento condiz com deixar limpo, sanear, tornar algo são, saudável; para isto requer a ação do ser humano como ator social responsável por este fim.

A definição clássica remete ao conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define saneamento como o controle dos fatores relativos ao meio ambiental do homem que exercem ou podem exercer efeitos posteriores sobre seu estado de bem-estar físico, mental ou social (HELLER, 1998). Esta definição, de cunho moderno, já apresentava uma perspectiva que apontava as influências existentes entre a questão do saneamento básico e o meio psicossocial.

Durante bastante tempo, refletiu-se a noção do saneamento básico dentro de uma perspectiva notadamente antropocêntrica que contemplava os problemas referentes ao abastecimento de água e esgotamento sanitário. Posteriormente, foram incorporadas as intervenções em coleta de resíduos sólidos, drenagem de águas urbanas pluviais e controle de vetores patológicos e focos de doenças (MORAES, 1997), sendo esta última, objeto deste estudo.

Os modelos propostos de intervenção sanitária caracterizavam-se por uma preocupação estritamente com a limpeza. Seu objetivo principal era modificar o meio ambiente de modo a adequá-lo ao crescimento das cidades através de obras que

beneficiem a infraestrutura sanitária para melhoria das condições de higiene das comunidades. Deste modo, seu caráter era essencialmente técnico e pouco se importavam com a influência do meio ambiente nas condições de saúde.

Esta concepção antiga de saneamento básico está ligada à sua percepção enquanto elemento unicamente de infraestrutura urbana. A emergência no estudo da sua importância no cenário brasileiro ocorreu inicialmente em meados do século passado e esteve relacionada à questão do crescimento rápido e desordenado das principais cidades, marcadas por uma política de uso e ordenamento do solo voltada para interesses do mercado externo, assumindo a forma que mais favorecia a apropriação privada dos benefícios gerados pelos investimentos públicos.

Enquanto os países subdesenvolvidos ainda possuem déficits na provisão de serviços de saneamento, os países desenvolvidos ao longo do tempo praticamente resolveram suas deficiências de cobertura (CASTRO; HELLER, 2007).

Contudo, no início da década de 1980 surge uma problemática de amplitude global que não mais poderia ser adiada: os impactos ambientais. Tudo isto repercutiu no setor de saneamento básico na medida em que os problemas ambientais foram estudados de maneira a identificar a sua relação com os índices de saúde e bem-estar do homem. Assim, proliferaram-se instituições com objetivos de preservação ambiental e entra na agenda interna e internacional a discussão sobre crescimento e desenvolvimento sustentável. No Brasil, além de toda conjuntura internacional, dois fatos históricos contribuíram em particular para a formulação da nova concepção de saneamento iniciada na década de 80, são eles: o processo político de redemocratização e a reforma sanitária que modificou a perspectiva do setor de saúde incorporando a importância e fomento das ações preventivas, destacando assim um importante papel ao saneamento básico como instrumento garantidor de bem-estar físico e mental (BORJA; MORAES, 2005).

A inclusão das preocupações ambientais representou conseqüentemente uma mudança de paradigma em relação a influência humana no setor de saneamento, no que tange ao reconhecimento da capacidade de absorção dos impactos pelo meio ambiente fruto de um processo de urbanização desregulada (GOUVEIA, 1999). Assim, os impactos ambientais afetaram a saúde e bem-estar da população levando

a incorporação nas políticas sociais tanto as discussões em torno da preservação ambiental quanto sua influência sobre a população.

Neste contexto, o setor de saneamento incorpora elementos dessa nova estrutura e o seu conceito expande para a concepção de saneamento ambiental que, além dos requisitos do saneamento básico, passa a abarcar as questões relacionadas com as ações referentes ao controle da qualidade do ar, excesso de ruídos e, principalmente, a tratar o saneamento como um elemento de saúde coletiva e da preservação do meio ambiente, promotor da qualidade de vida através da incorporação em suas práticas, da educação ambiental e sanitária (MORAES, 2000; HELLER, 1998).

Por força da Lei nº 11.445/2007, as ações de saneamento ambiental devem ser guiadas pelos seguintes princípios: a universalidade, a integralidade, equidade (igualdade), tecnologias apropriadas, sustentabilidade financeira, participação e controle popular, titularidade municipal e articulação/coordenação institucional e com as demais políticas setoriais (BRASIL, 2007). A universalidade, como o próprio nome já aduz, refere-se a garantia para todos o acesso aos serviços de saneamento, isto decorre da própria essencialidade da atividade no que concerne o direito a saúde. A integralidade, relaciona-se com a noção de totalidade, ou seja, que as ações de saneamento devem ser realizadas levando em consideração o alcance da totalidade do seu conceito.

A equidade, pressupõe igualdade no aspecto do equilíbrio financeiro, neste ponto, deve ser considerado as diferentes condições sociais de determinada área a fim de quantificar a disposição orçamentária para este fim. A tecnologia apropriada denota a aplicação segura do dote orçamentário para as políticas de saneamento voltadas para os critérios de eficiência e eficácia.

A participação e o controle popular visam aproximar o Poder público com a sociedade de uma determinada área, principal beneficiária da implementação desta política. Desse modo, este princípio visa possibilitar a participação social no contexto de saneamento, tendo em vista a necessidade de cada comunidade e a responsabilização dos entes federativos em garantir os princípios da cidadania. A questão da titularidade municipal aponta a responsabilidade do município como titular na execução dos serviços de saneamento.

2.2. DIREITO À SAÚDE E AO SANEAMENTO: UM DIREITO SOCIAL

Os direitos sociais servem de substrato principiológico para que os demais direitos vistos como básicos possam ser exercidos (HABERMAS, 2003). No panorama constitucional moderno, o núcleo central dos direitos sociais é assegurado em seu art. 6º e refere-se, dentre outros, no direito ao trabalho, educação, seguridade social e saúde.

A doutrina não hesita em classificar os direitos sociais como fundamentais, haja vista a importância deles na própria sociedade. Nesse sentido, assim classicamente se posicionou José Afonso da Silva (1998, pág. 289):

“Os direitos sociais como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas estatais, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito da igualdade”.

Assim sendo, o direito à saúde, cuja importância aqui debatida, é considerado direito fundamental da segunda dimensão, constituindo-se verdadeiros postulados de ordem contra o Estado, devendo, este, cumpri-lo.

No Brasil, por força da Carta Magna de 1988, os direitos sociais passaram a integrar o rol de direitos e garantias fundamentais. Portanto, houve uma ratificação do status de proteção constitucional do aludido direito.

De acordo com esta perspectiva o direito à saúde passou a possuir exigibilidade judicial de modo a ser interpretado com vistas a garantir a dignidade da pessoa humana.

Nos Tribunais superiores⁴³, a questão dos direitos sociais, notadamente no direito à saúde e ao saneamento, já foi enfrentada, tendo sido reconhecido a falta de autonomia da Administração Pública no que tange a tutela desse direito, sendo obrigada a supri-lo por ordem do Poder Judiciário.

⁴³ RECURSO ESPECIAL No 1.366.331 – RS (2012/0125512-2)

Portanto, o mais relevante da decisão meritória é perceber a necessidade de dar efetividade as normas que tratam do saneamento e a saúde, superando possíveis omissões do Ente Público através da atividade jurisdicional.

Assim, não há dúvidas que tanto o saneamento, quanto a saúde, podem ser vistos como direito humano fundamental e básico, pois, ao passo em que políticas de saneamento são negadas pela Administração Pública, em risco ficarão as pessoas que vivem em possíveis regiões negligenciadas.

Nessa seara dos direitos à saúde, Ingo Sarlet (2002, pág. 10) aborda algumas dificuldades as quais podem obstruir a ideal prestação jurisdicional a respeito do assunto. Exemplificando, o autor aponta a falta de definição precisa na Constituição Federal de 1988 a respeito do direito à saúde, limitando-se o texto de Lei a trazer referências genéricas.

Contudo, a Organização Mundial da Saúde, ao tratar sobre o tema, assim se posiciona a respeito da definição do que seria saúde: "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades".

Deste modo, todas as externalidades que possam trazer prejuízos aos cidadãos com respeito ao quanto alcançado por este conceito, pode ser defendido por meio de tutela jurídica própria.

Passando a abordar a eficácia deste direito a saúde, Ingo Sarlet (2002, pág 2) defende-a como sendo uma regra que possui dupla fundamentalidade, formal e material, encontrando guarida no direito constitucional positivo bem como nas leis esparsas que tratam sobre o assunto.

Diante do exposto, percebe-se de maneira clara que os direitos sociais, tal como o direito à saúde, são reconhecidamente espécies de direitos fundamentais e, portanto, solidificam-se, como direito subjetivo de todos os cidadãos brasileiros.

2.3.PLANEJAMENTO MUNICIPAL EM SANEAMENTO BÁSICO

Em meados da década de 1970 no Brasil, a partir de iniciativas de movimentos sociais de diversos setores, surge o Movimento pela Reforma Urbana que culminou na criação da Articulação Nacional do Solo Urbano no início dos anos de 1980 e possuía o objetivo de ser agente na luta da reforma urbana (MARICATO, 1994).

Legitimava-se, neste contexto, a proposta da reforma social com a finalidade de estabelecer um sistema de proteção universalista e redistributivo, tendo como ápice a reforma urbana, fruto de diversos debates os quais atribuíam ao conceito das cidades como espaços de luta e apropriação de interesses pessoais pelos indivíduos.

Neste sentido, buscava-se a instituição de um novo padrão de política social mais igualitária. Para tanto, vem emersas de orientações tais como: gestão democrática da cidade, regulação do uso do solo urbano e políticas de investimentos estatais voltadas principalmente para as camadas populares em situação de extrema desigualdade social em razão da própria espoliação urbana (RIBEIRO, 1994). Pode-se aí detectar o desejo de que tanto a justiça social quanto ambiental se desenvolvesse dentro dos processos sociais.

Assim, ao passo em que havia um movimento fomentando a gestão democrática e a assistência aos mais necessitados com foco na regulação do solo urbano, o Estado enquanto responsável andava em sentido oposto aos anseios da reforma social.

Na área do saneamento básico, o Poder Público Federal implementava o Plano Nacional de Saneamento - Planasa, que em seu próprio aparato institucional priorizava a população urbana de maior renda e com capacidade de pagamento, devido ao seu caráter contra prestativo, em detrimento das periferias urbanas marginalizadas.

Afastado das questões referentes às desigualdades sociais e degradação ambiental que surgiam no decorrer das décadas de 1970/80, a área de saneamento básico foi se desenvolvendo em virtude exclusivamente da especulação imobiliária e com enfoque extremamente mercadológico, distanciando-se de questões que porventura ultrapassassem a eficiência financeira dos serviços prestados.

Segundo Bassul (2002), somente após a promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988, a qual trouxe a questão urbana na seara constitucional brasileira, foi que vários projetos de lei tramitavam com o fito de legislar acerca da questão urbana.

Contudo, esta Lei só foi ser aprovada 12 anos após a previsão constitucional e foi chamada de *Estatuto da Cidade* (Lei nº 10.257/2001), de autoria do então senador

Pompeu de Souza e aprovado por unanimidade, fruto do Projeto de Lei do Senado nº 181.

Para Bassul (2002), o Projeto de Lei só foi aprovado por unanimidade na medida em que o Congresso Nacional passou a vê-lo não mais como uma proposta “socializante”, mas como um instrumento útil para o desenvolvimento do capitalismo. Afinal, diz o autor, o combate a especulação de terrenos urbanos serve tanto ao interesse público, quanto aos princípios da iniciativa privada.

Apesar desses aspectos trazidos por Bassul (2002), o fato é que a partir da promulgação do Estatuto das Cidades os municípios com mais de 20 mil habitantes foram obrigados a planejarem de certa forma os parâmetros de seu desenvolvimento.

O Estatuto da Cidade, com origem remota nos movimentos sociais pela reforma urbana, preconiza o planejamento cidadão participativo, com a criação de instâncias para deliberação da sociedade, o que, em tese, deveria influenciar de forma decisiva a direção a ser tomada pela cidade inclusive, no que tange as ações desenvolvimento do saneamento básico. A partir da promulgação dessa Lei, os municípios brasileiros obrigaram-se a passar pelo desafio do planejamento.

É neste cenário e influenciado pelas motivações a respeito da reforma urbana que aparece o primeiro projeto de lei da área de saneamento, este elaborado por diferentes representações da própria sociedade civil, entidades profissionais e técnicos envolvidos na área do saneamento básico.

Por fim foi aprovada no Congresso Nacional a Lei n. 11.445, de 05 de janeiro de 2007, que institui as diretrizes nacionais e a política federal para o saneamento básico, modelo na formulação e implementação da política para o saneamento básico em âmbito nacional.

Com o novo marco legal, após as negociações no Congresso Nacional, ocorreram avanços e recuos com relação ao Planasa e outros programas ligados a Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental.

Dentre os avanços podem-se citar os princípios fundamentais da nova Lei que preconizam: a universalização do acesso aos serviços públicos de saneamento básico; a integralidade das ações; serviços realizados de formas adequadas à saúde

pública e à proteção do meio ambiente; adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais, que não causem risco à saúde pública e promovam o uso racional da energia, conservação e racionalização do uso da água e das demais riquezas naturais; articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de recursos hídricos, 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; eficiência e sustentabilidade econômica; utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas; transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados; controle social; segurança, qualidade e regularidade; e integração das infraestruturas e serviços com a gestão eficiente dos recursos hídricos (BRASIL, 2007).

Esses princípios fundamentais são de suma importância para nortear ações indutoras de justiça social e ambiental e representam avanços construídos e negociados pela articulação de diferentes estratos sociais preocupados com as desigualdades estabelecidas no Brasil.

Apesar de todos os benefícios trazidos por esta Lei, alguns pontos importantes do projeto original foram vetados, a exemplo do sistema nacional de saneamento básico e do princípio da igualdade na prestação dos serviços e da gestão pública. A Lei Nacional de Saneamento Básico, teve sua concepção inicial modificada notadamente aos interesses de setores mais voltados para os negócios e lucros em detrimento da promoção da justiça social e ambiental.

Diante dos princípios contidos na Lei, temos o fomento em torno de projetos e políticas públicas voltadas exclusivamente para a promoção de justiça social e ambiental nas ações de saneamento básico.

Outro avanço da Lei refere-se, por exemplo, ao exercício da titularidade na prestação dos serviços. A Lei, visando garantir a sua aplicabilidade, condiciona a

realização dos contratos de prestação de serviço à existência de plano de saneamento⁴⁴.

Como visto acima, a validade dos contratos também é condicionada à existência de estudo comprovando a viabilidade técnica e econômico-financeira da prestação universal e integral dos serviços, nos termos do plano de saneamento básico. Desta forma, os planos e projetos de investimentos relativos ao contrato devem ser compatíveis com o respectivo plano de saneamento básico (BORJA; SILVA, 2008). Em que pese a questão da titularidade evitada pela Lei, o município continua sendo o titular dos serviços.

Outro aspecto da Lei é o avanço relativo ao planejamento, que passa a ser uma exigência do titular dos serviços. Em relação a esse ponto, uma preocupação relevante é até que ponto os municípios com um menor aporte orçamentário conseguem prover projetos que viabilizem os processos de saneamento básico. Neste sentido, a Fundação Nacional da Saúde - Funasa e o Ministério das Cidades têm disponibilizado recursos para a viabilização dos processos de planejamento e a elaboração dos planos municipais de saneamento básico.

Com uma lei estabelecida e seus princípios fundamentais postos, em especial no que se refere a obrigatoriedade do planejamento, espera-se que os processos por ela fomentados contribua de maneira que os municípios brasileiros possam avançar na promoção de serviços públicos de saneamento básico de qualidade e conseqüentemente da saúde, num processo que leve à universalização dos mesmos independentemente da camada social envolvida.

Para tanto, necessita-se de um olhar aprofundado sobre os caminhos que conectam os conteúdos explícitos nas leis, com a participação e controle social, com vistas a possibilitar o processo de planejamento, instrumento para a indução a promoção de

⁴⁴ 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.

justiça social e ambiental em matéria de saneamento básico, no cerne de uma sociedade capitalista.

2.4. MOVIMENTOS SOCIAIS EM DEFESA DO SANEAMENTO

Os movimentos sociais são vistos como ações coletivas que possibilitam os indivíduos participantes de uma determinada região se expressarem para exigir determinadas demandas⁴⁵.

Possuem um forte caráter sociopolítico e cultural pois é fruto da sociedade que pertencem ao representar através de atitudes coletivas preordenadas insatisfações para com a Administração Pública.

Definições clássicas trazem como características básicas o reconhecimento da mesma identidade entre os participantes, um sujeito contra quem se opor e um projeto social definido a ser aplicado.

Em ação concreta, os movimentos sociais podem escolher múltiplas estratégias, que vão desde uma denúncia as autoridades competentes, até a manifestações, marchas e distúrbios à ordem constituída. Na história da humanidade, os movimentos sociais sempre existiram, possuindo ciclos em que devido a estrutura social predominante este era mais reconhecido ou não.

O histórico de lutas construído demarca interesses e projetos que são construídos pelos grupos sociais, assim, há diferentes modalidades de movimentos, dos progressistas aos conservadores, dos que acreditam nas mudanças e aqueles que lutam pela conservação do status quo.

Os movimentos sociais contemporâneos têm contribuído para organizar, além de conscientizar, a própria sociedade que lhe faz uso ao apresentar um conjunto de demandas através de práticas de pressão ou mobilização social, sendo elementos e fontes de inovações.

Eles são elementos do empoderamento da sociedade civil organizada, à medida em que possibilitam a atuação de sujeitos sociais para agir em rede, construindo, a

⁴⁵ IVO, Anete B. L. (Coord.). **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 309.

partir daí, uma espécie de representação simbólica afirmativa por meio de discursos e práticas advindas nos próprios movimentos sociais⁴⁶.

O Brasil, em que pese concentrar cerca de 12% das reservas de água doce existentes no mundo, convive com uma notória e desigual distribuição geográfica desta. A maior quantidade dos recursos hídricos está localizada na região Norte do País, onde o número de habitantes é demasiadamente menor do que na região Sudeste, onde a concentração populacional é maior.

A Região Metropolitana de São Paulo por exemplo, onde vivem mais de 19 milhões de pessoas segundo os dados do IBGE⁴⁷, enfrenta o que pode chamar de *estresse hídrico*⁴⁸, obrigando a Administração Pública em buscar alternativas de abastecimento muitas vezes a custos elevados devido a distância entre o manancial e a área a ser abastecida.

As águas de diversos rios estão comprometidas em razão da grande quantidade de dejetos depositados sem o devido tratamento. Essa situação se repete em outros grandes centros urbanos brasileiros.

Com o advento da Lei nº 11.445/07 o país avançou desde então muito em relação à legislação e financiamento para as políticas de saneamento, porém, para garantir a universalização do acesso à água e ao saneamento em quantidade e qualidade esperada, muito há de ser feito.

Isto ocorre, muitas vezes, pelo raso investimento público nas políticas de recuperação hídrica, somando-se a esses desafios o interesse dos setores privados em adquirir o controle da prestação dos serviços de água e saneamento básico no Brasil, que, aliás, vem ocorrendo em outras partes do mundo.

Contudo, é facilmente observado a resistência às medidas privatizantes via movimentos sociais em diferentes partes do mundo. A cidade de Paris, por exemplo, municipalizou os serviços de água e os italianos negaram, em recente referendo, a proposta parlamentar que previa a privatização de seu sistema de abastecimento e distribuição hídrica, Portugal, por sua vez, se mobiliza a fim de vetar a privatização

⁴⁶ IVO, Anete B. L. (Coord.). **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013, pág. 310.

⁴⁷ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

⁴⁸ Disponível em: <http://cebes.org.br/2012/03/movimentos-sociais-contra-privatizacao-de-agua-e-saneamento/>

através de uma ampla organização popular conduzida pelo movimento “Água é de Todos”.

No Brasil, a Federação Nacional dos Urbanitários (FNU) e a Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental (FNSA), e com apoio de diversas entidades da sociedade civil organizada, lançaram, no mês de novembro de 2011, uma campanha nacional em face dos contratos firmados em Parcerias Público Privadas – PPPs, que tenham como objetivo a administração e gerência compartilhada dos recursos hídricos nacionais.

O título da campanha é *Água Para o Brasil* e reúne um grande contingente de entidades integrantes dos movimentos sociais que reafirmam o direito da água como um bem público.

Esta campanha lançada no Brasil é alinhada a agenda internacional, ao passo em que a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou em 2010 uma resolução que classifica a Água e o Saneamento como direito humano e fundamental a todos os indivíduos

Assim sendo, independente da Constituição interna de cada país, os movimentos sociais internacionais buscam a garantia desse direito que significa um grande avanço na luta contra a privatização da água e do saneamento básico.

Mais ataques contra essas conquistas foram demonstrados no Fórum Mundial da Água que ocorreu na cidade francesa de Marselha em 2012, a defender a privatização como alternativa a ser acompanhada pelas demais nações, constituindo assim um retrocesso em relação à resolução da ONU que defende um acesso amplo e irrestrito a este bem indispensável a vida.

Por sua vez, o Fórum Mundial Alternativo da Água, também ocorrido em Marselha no mesmo período e organizado por movimentos sociais ao redor do mundo, ratificou a necessidade de recuperar a água como fonte de vida e não de lucro e reforçou a importância das conquistas alcançadas nos últimos anos.

2.5. PANORAMA GERAL DE SANEAMENTO NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

A cidade do Salvador da Bahia, quarta maior metrópole brasileira em população, apresenta diversos desafios à implementação de políticas de saneamento ambiental. Sejam elas impostas por suas características naturais: topografia acidentada e alto

índice pluviométrico ou devido a sua urbanização acelerada e sem planejamento conforme se verificou a partir da segunda metade do século XX.

Anterior a análise dos principais aspectos da política de saneamento em Salvador, importante frisar os principais fatos que levaram a cidade a se expandir de forma intensa, tal como verificado na maioria das cidades brasileiras que, na capital baiana, ganhou reforço em suas características naturais.

Salvador tem como uma de suas características geográficas, a presença de relevo acidentado e irregular, composto por desníveis, encostas, vales e outras variações topográficas acidentadas. Isto, como dito, é inerente a sua formação natural e não há relação com a ocupação humana (BAHIA, 2006).

“A cidade se implantou, originalmente, na pequena coroa plana existente no alto de uma escarpa de 60 metros, cortada a pique sobre o mar. Dividiu-se, ainda, em dois planos: cidade baixa e cidade alta. E, a partir da mancha original, desenvolveu-se cobrindo uma superfície acidentada, entre gargantas, cumeadas, encostas e grotões. (SEDUR, 2006, p. 24)”

Somado a peculiaridade de seu relevo, os índices pluviométricos elevados da cidade e sua região metropolitana tornam as intervenções de saneamento ainda mais complexas e caras, devido a necessidade de ampliar as redes de captação da água e esgotamento sanitário.

Além do mais, essas implantações precisam conseguir, por exemplo, vencer os desníveis naturais, o que encarece os custos e eleva o gasto com energia. O sistema de drenagem pluvial, nestas condições, é mais exigido e necessita de planejamento e investimentos mais elevados e comparados com relevo de planície.

Desafio maior para a política de saneamento foi imposto pela urbanização acelerada e ocupação desregrada do solo da cidade propiciados pelo salto demográfico a partir de 1950 em função do desenvolvimento industrial na região metropolitana com o advento, dentre outros, do polo petroquímico de Camaçari, CIA, Porto de Aratu.

Entre as décadas 1940 e 1990, seguindo a tendência nacional de êxodo rural, verificou-se uma elevação demográfica nas capitais e uma mudança substancial da proporção entre população urbana e rural no estado.

Na Bahia, segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção entre população urbana e rural saltou de 26% e 74%, respectivamente, na década de 1940, para 84,72% e 15,28% em 2015. De acordo com a Secretaria de Desenvolvimento Urbano (SEDUR), a população de Salvador saiu de 400 mil em meados da década de 1950, para 800 mil já em 1965.

Em meados dos anos 1980 atingiu o patamar de 1,5 milhão de habitantes e, em 2017, segundo o IBGE, conta com um contingente populacional de aproximadamente 2.953.986 habitantes.

Os três principais atores que contribuíram para o adensamento urbano na Capital baiana em ordem cronológica foram: criação da Refinaria Landolfo Alves (RLAM) em Mataripe na década de 1950; entrada em funcionamento do Centro Industrial de Aratu (CIA) em 1966; e a criação do Complexo Petroquímico de Camaçari (COPEC) que passou a funcionar a partir de 1978.

Estas ações políticas, objetos de planos de ação conjunta dos governos federal e estadual contribuíram para que a cidade de Salvador avançasse sobre novas áreas, adentrando inclusive em seus vales resultando no surgimento de novos bairros, porém, de forma não planejada devido a velocidade que tudo ocorria (BAHIA, 2006).

A implantação da indústria petrolífera a partir da inauguração da Refinaria Landolfo Alves em Mataripe acarretou uma série de transformações, dentre as quais: modificação no perfil do mercado de trabalho, valorização de terrenos e moradias, estímulo ao setor da construção civil e atração de imigrantes de várias partes do Brasil (BAHIA, 2006).

Estas mudanças foram responsáveis pela transformação do perfil socioeconômico e demográfico da cidade. Com base em uma série de incentivos fiscais, tais como com o advento da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE) e o governo estadual, em ação conjunta, foram responsáveis pela implantação do CIA.

O fato relevante nesta perspectiva é que a ação do Estado foi a de montar a infraestrutura (terrenos, estradas e energia) além de isenções fiscais necessárias para facilitar e atrair a implantação das indústrias. Posteriormente, o COPEC entrou em funcionamento devido a uma ampliação da indústria petrolífera.

Todos estes fatos que se constituíram aliados ao desenvolvimento econômico e da urbanização acentuada trouxeram consigo desafios ao setor sanitário. A valorização de terrenos e moradias decorrentes do processo de industrialização elevou o custo de vida e forçou a população carente a migrar para as regiões periféricas por não possuir recursos para arcar com os custos da especulação nestes loteamentos e procuraram moradia nas regiões mais acessíveis da cidade.

Em paralelo a esta realidade, verifica-se um aspecto crucial para o setor de saneamento, qual seja: a apropriação privada dos benefícios dos investimentos públicos, pois, se de um lado o Estado montou toda a infraestrutura e benefícios fiscais já mencionados para as indústrias estabelecerem sedes na região metropolitana, por outro, permitiu uma ocupação do solo desqualificada sem prover adequadamente a população que dele necessita com os serviços públicos essenciais.

Este modelo excludente de desenvolvimento e de urbanização voltado aos interesses do capital aliado à falta de uma política estruturada para o setor resultou na deterioração do espaço urbano soteropolitano com o decorrente acúmulo de problemas socioeconômicos e ambientais.

2.5.1. ABASTECIMENTO DE ÁGUA E ESGOTAMENTO SANITÁRIO

Os serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário foram os que receberam maiores atenções das políticas públicas de saneamento no país e conseqüentemente na cidade de Salvador-Ba, devido ao fato de influenciarem diretamente tanto os níveis de saúde quanto a preservação ambiental. Por isto, são historicamente os componentes de saneamento mais beneficiados.

Conforme já mencionado, a responsabilidade primária no planejamento e execução dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário é da Prefeitura Municipal de Salvador (PMS), no entanto, com a instituição da Empresa Baiana de Água e Saneamento - EMBASA, esta titularidade foi encampada pelo Estado. Portanto, em que pese a responsabilidade municipal por força da Lei Nº 11.445/07, este não realiza de forma completa esta atribuição.

A política pública de água e esgoto na cidade de Salvador-Ba é praticamente de responsabilidade do governo estadual, que formula por si os programas de ação ou então implementa os programas formulados pelo governo federal.

Historicamente, as políticas de saneamento público mais importantes no Estado da Bahia foram as realizadas no período do Plano Nacional de Saneamento PLANASA iniciado em 1968 e, posteriormente, no Programa Bahia Azul -PBA, vigente de 1995 a 2005 sendo a principal política de saneamento implementada em Salvador.

Com relação ao PLANASA, apesar da grande disponibilidade de recursos durante sua vigência por mais de 30 anos, os resultados em termos de quantidade da cobertura não foram satisfatórios; Salvador entrou na década de 1990 com 26% de sua população contemplada com o esgotamento sanitário, sendo 13% através de rede coletora e os outros 13% por meio dos sistemas independentes dos conjuntos habitacionais construídos pela Habitação e Urbanização da Bahia S.A. - URBIS. Dentre as obras mais relevantes tem-se a construção do Emissário Submarino do Rio Vermelho e o revestimento das margens dos rios com concreto (MORAES, 2007).

Com o Programa Bahia Azul, o nível de cobertura de esgotamento sanitário na capital baiana elevou-se de forma significativa de 26% em 1995 para 68% ao fim do programa.

2.5.2. RESÍDUOS SÓLIDOS

A política de coleta, transporte e disposição final de resíduos sólidos é exercida diretamente pela Prefeitura Municipal de Salvador através da Secretaria de Serviços Públicos que terceiriza os serviços para a Empresa de Limpeza Urbana municipal, responsável direta tanto pela definição das políticas, quanto de fiscalização e controle dos serviços de limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos (MORAES, 2007).

O modelo de gestão é do tipo misto comportando a concessionária pública e suas empresas terceirizadas privadas, com 19,81% e 80,19% dos trabalhadores envolvidos respectivamente, sendo um serviço remunerado através da taxa de limpeza pública do município cobrada juntamente com o Imposto Predial Territorial Urbano.

Um dos principais problemas relacionados à cobertura dos serviços de limpeza urbana na cidade de Salvador-Ba se relaciona com a dificuldade a prestação de serviços nas periferias em virtude da localização das moradias nestas áreas muitas vezes em terrenos íngremes com ruas estreitas onde os veículos coletores não conseguem chegar para a retirada dos resíduos nestas comunidades fazendo com que os seus moradores muitas vezes prefiram o descarte irregular ao invés de se deslocar até um ponto onde tais veículos consigam chegar (BORJA et al., 2005).

A partir desta realidade, a forma inapropriada do descarte prejudica em geral córregos, riachos, rios, encostas e terrenos baldios da capital baiana, favorecendo o desenvolvimento dos insetos transmissores de doenças.

2.5.3. DRENAGEM URBANA DE ÁGUAS PLUVIAIS EM SALVADOR-BA

A questão da drenagem urbana em Salvador é um dos componentes do serviço público de saneamento que mais dificulta a vida da população e que causa maior nível de insatisfação, especialmente nos bairros periféricos e nas avenidas de vale (BORJA et al., 2005).

Isto ocorre em virtude das externalidades negativas facilmente “visíveis”, notadamente o alagamento de vias com conseqüente invasão de casas com águas e esgotos além dos deslizamentos de terra decorrentes da incapacidade de absorção do solo, por sua vez oriundas do alto grau de impermeabilização da cidade e a ocupação imprópria de terrenos em lugares condenados.

Na ótica organizacional do Município, a drenagem urbana de águas pluviais é de responsabilidade primeira da Secretaria Municipal de Transportes e Infraestrutura - SETIN que elabora todos os projetos a respeito do assunto e, dentro desta, a Superintendência de Urbanização da Capital - SURCAP que tem a atribuição de fiscalizar as obras de drenagem pluvial e da rede de esgoto implantada pela Prefeitura Municipal de Salvador. Nesta secretaria a Superintendência de Manutenção da Cidade - SUMAC fica responsável pela manutenção dos investimentos feitos em infraestrutura.

Conforme expõe Moraes (2007), há uma visão restrita e equivocada sobre a questão da drenagem urbana quando ela é tratada como um apêndice da estrutura viária na

medida em que a principal preocupação é não permitir o alagamento das vias e avenidas de vale no período de chuva.

Desta forma, a política pública apresentada possui uma solução inadequada ao restringir seu entendimento a um elemento de infraestrutura sem atentar para sua relevância socioambiental.

Numa questão técnica-operacional, um aspecto relevante a ser citado se refere à dificuldade de conceituar o exato limite entre as estruturas de esgotamento sanitário e de drenagem de águas pluviais, que em que pese toda a similitude, são diferentes.

Além disso, devido à insatisfação ou inexistência-ineficácia de rede coletora de esgotos e resíduos existente, a população se utiliza destas estruturas para disposição privada de seus resíduos, contaminando os lençóis freáticos municipais sendo comum, segundo Moraes (2007), a quebra da tubulação de drenagem pluvial para disposição do esgoto.

CAPÍTULO 3- ARQUITETURA DO FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BA

A capacidade de financiar os sistemas de saúde vem sendo alvo de intensas discussões na maior parte dos países devido as acentuadas mudanças no perfil demográfico, ao desenvolvimento da medicina tecnológica com o conseqüente aumento da expectativa de vida e os custos associados à violência e morte por causas externas.

No Brasil, se por um lado, a inclusão ampla de pessoas na rede de proteção social desde a Constituição Cidadã de 1988 garantiu o acesso aos serviços de saúde pública como direito fundamental, do ponto de vista do financiamento, essa conquista representa um enorme desafio.

Os financiamentos das ações voltadas à prestação de saúde pública no Brasil devem ser analisados sob dois aspectos: de onde vem as receitas e de que forma os gastos são estruturados. A eficiência ou eficácia destas políticas dependem de orientações políticas, as quais definem as prioridades destes gastos.

De acordo com a Constituição, a participação do Governo Federal no Sistema Único de Saúde – SUS deveria ser feita com os recursos oriundos do Orçamento da Seguridade Social - OSS, dos quais viriam tanto os recursos para a Saúde, quanto da Previdência e Assistência Social. Neste contexto, a saúde deveria ter pelo menos 30% daquele orçamento.

Na prática nunca houve este repasse. Por sua vez, isto deu ensejo a várias Propostas de Emenda à Constituição, elaborados por deputados e senadores durante a década de 1990, com vistas a necessidade de estabelecer a regra de aplicação de recursos. Com a proposta de resolver a situação de financiamento do setor, em 1997 o governo de Fernando Henrique Cardoso instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF.

A arrecadação deveria ser adicionada aos recursos da Saúde como forma de ampliar o montante de investimento do Governo Federal, entretanto, na medida em que o recurso com a nova contribuição era recebido, havia, em contrapartida, a redução de participação de outras contribuições sociais. Assim, os recursos da saúde

eram sempre os valores mínimos estabelecidos pela Emenda Constitucional nº 29/2000 que será discutida mais adiante.

Em que pese a necessidade de busca do equilíbrio entre receitas e despesas, o financiamento da Saúde não pode se resumir a uma simples equação contábil. A discussão do financiamento não deve se dar somente sobre o volume de recursos a ser destinado à Saúde, mas deve discutir a forma como é provido o acesso da população de forma eficaz e, também, investimentos, segundo as necessidades da população.

Os desequilíbrios que podem advir entre os custos do sistema de saúde e sua capacidade de cumpri-los representa real risco para a continuação do próprio sistema de saúde, de modo que deve ser fomentado as discussões acerca das suas bases de financiamento com o objetivo de garantir a perpetuação deste direito fundamental.

Os custos crescentes da atenção médica estão aliados ao aumento no volume de serviços utilizados em decorrência do envelhecimento da população, à maior expectativa de vida e à influência de tecnologias na mudança do padrão de atendimento

3.1. MARCOS LEGAIS

As demandas por proteção social intensificaram-se, no Brasil, a partir do século XX com a organização dos “novos trabalhadores” industriais fruto da crescente onda de imigração que assolava o Brasil pelos europeus em fuga das grandes guerras.

Atualmente, o financiamento da Saúde no Brasil relaciona-se ao conceito de Seguridade Social, na medida em que esta é composta pela Previdência Social, Saúde e Assistência Social, nos termos do art. 194 da Constituição Federal.

Representou um grande avanço em comparação com o modelo anteriormente vivenciado com proteção restrita aos seus contribuintes e que deixava a margem de proteção estatal aqueles vistos como “improdutivos” para o mercado de trabalho.

Historicamente, na Constituição Política do Império de 1824, existia a previsão da seguridade social como “socorros públicos” (BRASIL, 1824). Por sua vez, as Legislações de 1850, 1860 e 1888 previam de maneira ampla uma espécie de

seguro, ao acaso do acontecimento de enfermidades por parte de certas categorias de trabalhadores.

A expressão “aposentadoria” apareceu pela primeira vez somente na Constituição Federal do Brasil de 1891 como direito garantido aos funcionários públicos.

Foi com a promulgação da Carta Política de 1946, que passou a existir no Brasil uma certa organização em relação a previdência social, contudo, ainda restrita a alguns segmentos da sociedade.

Prevvia o art. 157, XVI, da Constituição Federal de 1946 que a previdência seria custeada mediante contribuição da União, do empregador e do empregado em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte (BRASIL, 1946).

A Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS, posteriormente, sistematizou o sistema assistencial com a ampliação do rol de benefícios e criação de auxílios tais como de natalidade, funeral e reclusão.

A assistência social, nesta época, foi estendida a outras categorias profissionais, que tinham agora o direito à assistência médica, alimentar, habitacional, complementar e reeducativa e de readaptação profissional, sempre dependendo do vínculo empregatício profissional (BRASIL, 1960).

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 11 de 1965, foi estabelecido o princípio da precedência da fonte de custeio. Este princípio, contido no art. 157 § 2º dispõe que *nenhuma prestação de serviço de caráter assistencial ou de benefício compreendido na previdência social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total* (BRASIL, 1965).

A Constituição do Brasil de 1967 mantém o princípio da necessidade de fonte de custeio e a saúde continua como sendo questão de “misericórdia”, garantidas apenas aqueles que mantinham alguma espécie de vínculo empregatício. Deste modo, os excluídos do processo econômico também estavam excluídos do atendimento à saúde (BRASIL, 1967).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a saúde passou a ser *direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros*

agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Tem-se a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 institucionalizou a seguridade social como obrigação do Estado e independente de contribuição prévia.

Assim, a Seguridade Social, ao teor do art. 194 da CF 1988, “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”.

A instituição da Seguridade Social, em um conceito garantidor de direitos, exigia maior aporte de recursos do Estado a fim de suportar as novas despesas públicas. Nesta perspectiva, a Constituição Federal em seu art. 195 dispôs sobre o Orçamento da Seguridade Social (OSS) ao estabelecer de que forma a mesma seria financiada⁴⁹.

Ao instituir diversas fontes de receita, os legisladores constituintes pretendiam obter uma maior segurança ao financiamento desta política social, mitigando o risco de dependência de uma única fonte e seu posterior desfazimento.

Isto quase ocorreu com o modelo anterior de seguro, na medida em que o aumento de desemprego correspondia respectivamente a diminuição de receita para saúde pois esta era sustentada unicamente na contribuição sobre a folha de pagamento.

Mesmo assim, ainda se procura um meio de assegurar com segurança as receitas públicas necessárias às ações e serviços de Saúde. O fato é que com o advento da Constituição de 1988 foi consolidado o conceito de seguridade social com direitos iguais para todos e respeito à dignidade da pessoa humana. O cumprimento desta obrigação constitucional demanda recursos financeiros.

⁴⁹ “Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos. IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.”

3.2. A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 E A CRIAÇÃO DO SUS

A saúde é direito de todos e dever do Estado, neste preceito a saúde ganhou lugar de destaque na Constituição Federal de 1988, sendo este ratificado em diversos outros capítulos. O artigo 196 da CRFB assim dispõe “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988).

A criação do Sistema Único de Saúde nasceu de um intenso debate na sociedade brasileira muito antes da Assembleia Nacional Constituinte. Neste sentido, os constituintes tinham que optar entre a manutenção do modelo em vigor, seletivo e excludente, ou um novo sistema que garantiria amplo acesso aos serviços públicos de Saúde com cobertura para todos os cidadãos.

Deste modo, foi posto na Carta Magna a mudança capitaneada pelos médicos sanitaristas que garantia o acesso aos serviços de saúde depois de constantes enfrentamentos na Assembleia Nacional Constituinte. Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, previu no capítulo II que trata da seguridade social a definição das diretrizes relacionadas a Saúde no País, evidentemente, era imprescindível a sua regulamentação para melhor acompanhamento.

O art. 194 da CRFB estabelece os parâmetros de identificação das ações e serviços de Saúde, sendo este organizado de acordo com os seguintes objetivos, dentre outros: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; e iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços.

O artigo 195, por sua vez, estabeleceu que o financiamento da Seguridade Social é realizada “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.” (BRASIL, 1988), prevendo ainda, em seus artigos subsequentes as bases do financiamento, a saber: Orçamento da Seguridade Social no nível federal e orçamentos fiscais para estados e municípios.

Portanto, a Constituição Federal de 1988 dispôs sobre a base tributária estabelecida de modo que as entes federativos pudessem cumprir suas obrigações, notadamente relacionadas aos serviços de saúde.

Para isto, importante conhecer o capítulo que trata do Sistema Tributário Nacional o qual prevê as competências dos entes federados para instituir impostos e a repartição deles entre as esferas de poder.

O quadro abaixo apresenta sinteticamente a competência de cada ente federado no que concerne a arrecadação e gerência dos impostos previstos na CRFB.

União	Estados e Distrito Federal	Municípios
Imposto sobre a importação	Imposto sobre transmissão <i>causa mortis</i> e doação de quaisquer bens ou direitos	Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana
Imposto sobre exportação		
Imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza	Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação	Imposto sobre a transmissão <i>inter vivos</i>
Imposto sobre produtos industrializados		
Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários	Imposto sobre a propriedade de veículos automotores	Imposto sobre serviços de qualquer natureza
Imposto sobre propriedade territorial rural		

Tabela 01. Competência Constitucional de arrecadação dos impostos.

Em que pese a competência de cada Ente Federativo, este não fica com a totalidade da receita arrecadada; desta forma, importante destacar no quadro abaixo, como ocorre a repartição das receitas constitucionalmente estabelecidas.

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere para	Percentuais e observações	
União	IR	Estados, DF e municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta	21,5 % para o FPE; 22,5% para o FPM; 3% para o programa de financiamento do setor produtivo (N, NE, CO)
	IPI	Estados e DF	10% para o fundo de ressarcimento aos estados exportadores	
	ITR	Municípios	50% para os municípios onde se localizam os imóveis	
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo)	
	IPVA	Municípios	50%	
	ICMS	Municípios	25%, sendo $\frac{3}{4}$ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e $\frac{1}{4}$ segundo lei estadual (no máximo)	

Tabela 02. Repasses Constitucionais dos impostos por Ente Federativo.

Assim, a dotação orçamentária vinculada a saúde de cada Ente deve observar os recursos disponíveis pós repartição das receitas e levando-se em consideração os limites mínimos a serem destinados por força de Lei.

3.3. VINCULAÇÃO DE RECURSOS PARA O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, ficou estabelecido que a saúde seria financiada tanto pela União, quanto pelos Estados e Municípios, no caso daquela, os recursos viriam da seguridade social.

O art. 198 da CRFB ⁵⁰ dispõe sobre a vinculação do orçamento público para os serviços públicos de saúde, este, por sua vez, é de suma importância para o

⁵⁰ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade. § 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: I – os percentuais de que trata o § 2º; II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das

financiamento do Sistema único de Saúde e seus programas voltados principalmente para o campo da saúde coletiva.

A nova redação dada ao §2º do art. 198 estabelece valores mínimos de recursos a serem destinados aos serviços de saúde; os Estados e Municípios devem destinar respectivamente 12% e 15% de suas receitas.

Esta vinculação constitucional representou considerável avanço na área da saúde pois determinou patamares mínimos a serem observados pelos Entes Federativos.

Contudo, estes patamares mínimos nem sempre garantem os objetivos os quais foram propostos tendo em vista a má aplicação dos recursos alinhados a corrupção.

Outrossim, o cenário encontrado no serviço público de saúde no Brasil, independentemente do Ente Federativo, é de precarização do atendimento ao usuário.

De outro modo, os Estados devem aplicar 12% do *quantum* arrecadado do Imposto sobre Circulação de mercadorias e serviços – ICMS, do Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação – ITCMD, e do Imposto sobre a Propriedade dos Veículos Automotores – IPVA, ressalvado os repasses para os municípios por força dos arts. 157 e 159 da CRFB.

Por sua vez, os municípios devem realizar o repasse mínimo de 15% da arrecadação do Imposto Predial Territorial Urbano – IPTU, do Imposto sobre a Prestação de serviços –ISS e do repasse pela União.

Isto, reafirma a solidariedade de todos os Entes no que concerne a realização do direito a saúde constitucionalmente tutelado.

3.4. PLANEJAMENTO E FINANCIAMENTO DO SUS EM SALVADOR-BA

Quando é estudado o planejamento e financiamento do Sistema único de Saúde no Brasil, diversos instrumentos devem ser ligados a fim de destacar a complexidade deste fenômeno ora analisado.

Nos dizeres de Pereira (2003, p. 116):

despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

“O planejamento pode ser visto como um conjunto de ações interligadas e complementares, realizadas nas diferentes instâncias da organização governamental, com vistas a atingir determinado objetivo”.

Campos (2003, p. 31), acrescenta que o planejamento possui o objetivo de ser uma forma de “organização para a ação”. Como é cediço que a ação, neste sentido destacada por Campos, é uma forma de conduta humana, aponta-se com o conceito de Villasbôas (2006, p. 19) ao dizer que “ o planejamento possui a forma de orientação da ação humana dirigida para o alcance de uma dada finalidade.”

Tancredi (1998, p.13), no seu discurso sobre o tema preconiza que:

“O planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.”

No que concerne ao financiamento do Sistema único de Saúde no município de Salvador-BA grandes são os obstáculos a fim de atender o cidadão tendo em vista os princípios da universalidade, equidade e integralidade do serviço prestado. A CRFB/88 ⁵¹ e a Lei Complementar nº 141/2012 ⁵² dispõem sobre a quantia a ser destinada pelos Municípios para o financiamento do Sistema único de Saúde calculada com base na Receita Líquida de Impostos (RLI), cabendo aos Municípios, por força de Lei, aplicar 15% do total arrecadado de impostos de sua competência⁵³.

⁵¹ Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

⁵² Art. 7. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

⁵³ Art. 156 da CRFB/88: Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

Em relação à aplicação destes recursos orçamentários mínimos em ações e serviços públicos de saúde prevista em Lei, no período compreendido entre 2008 e 2012, o município cumpriu nos exercícios de 2008, 2009, 2011 e 2012, não cumprindo no exercício de 2010, neste aplicando somente 10,15 % dos recursos recolhidos em decorrência de seus impostos, veja-se a seguir a tabela com estes dados.

ANO	RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS	APLICAÇÃO MÍNIMA	%	RECURSOS APLICADOS	%
2008	1.546.280.006,00	231.942.000,90	15	237.044.724,92	15,33
2009	1.865.952.636,21	249.892.895,43	15	253.391.395,97	15,21
2010	1.912.896.141,40	286.934.421,21	15	194.158.958,35	10,15
2011	2.357.692.110,93	353.653.816,64	15	380.295.737,49	16,13
2012	2.528.193.083,38	379.228.962,51	15	402.993.977,49	15,94

Tabela 03. Aplicação da RLI no município de Salvador-BA ao SUS. Fonte: Plano Municipal de Saúde 2014-2017.

Entretanto, é possível observar o aumento na aplicação de recursos públicos na área de saúde pelo município de Salvador ao longo do tempo, representando uma proporção de 41,2% entre os exercícios de 2008 a 2012, isto ocorreu devido ao aumento da arrecadação dos impostos municipais.

Importante ressaltar que os dados de financiamento do SUS acima apresentados representam o aporte municipal de receitas, em relação as transferências de recursos por parte da União, este se processa a partir de depósitos regulares e automáticos do Ministério da Saúde, via Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde⁵⁴ (FMS).

A partir do exercício fiscal 2007, as transferências dos recursos federais aos municípios para serem empregados em ações e serviços públicos de saúde passaram, em atendimento a Portaria do Ministério da saúde GM/MS nº 204/2007, a ser efetuadas através dos seguintes blocos de financiamento: Atenção Básica,

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar.

⁵⁴ Disponível em: <

http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf>

Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimento⁵⁵.

A tabela logo abaixo e o gráfico a ser apresentado em linhas posteriores apontam os dados das transferências do SUS por bloco de financiamento para Salvador durante o período de 2008 a 2012.

BLOCO DE FINANCIAMENTO	2008	2009	2010	2011	2012
Atenção Básica	59.211.541,51	71.788.620,75	79.131.531,00	87.260.602,29	86.608.382,14
Média e Alta Complexidade	322.364.336,90	357.731.968,47	342.936.345,88	346.396.863,24	291.866.975,42
Vigilância em Saúde	14.020.706,15	16.486.742,78	18.129.465,57	16.253.531,33	20.407.675,51
Gestão do SUS	378.000,00	100.000,00	659.000,00	1.789.000,00	330.000,00
Investimento	0,00	1.040.000,00	0,00	1.633.333,36	3.828.336,00
Assistência Farmacêutica	12.245.128,36	11.859.762,48	13.730.051,54	17.294.259,40	15.800.085,60
Não Regul. Por Bloco de Financiamento	660.000,00	780.000,00	660.000,00	0,00	0,00
TOTAL	408.879.712,92	459.787.094,48	455.246.393,99	470.627.589,62	418.841.454,67

Tabela 04. Transferência de recursos do SUS Salvador. Fonte: PMS 2014-2017.

A maior participação dos recursos do SUS ocorreu no bloco relativo a Média e Alta Complexidade com a proporção de 75,1%, seguida da Atenção Básica com 17,3% e Vigilância em Saúde no valor de 3,8%. Todos os outros blocos de financiamento e os recursos não regulamentados como se pode observar correspondem a 3,74% da receita do SUS.

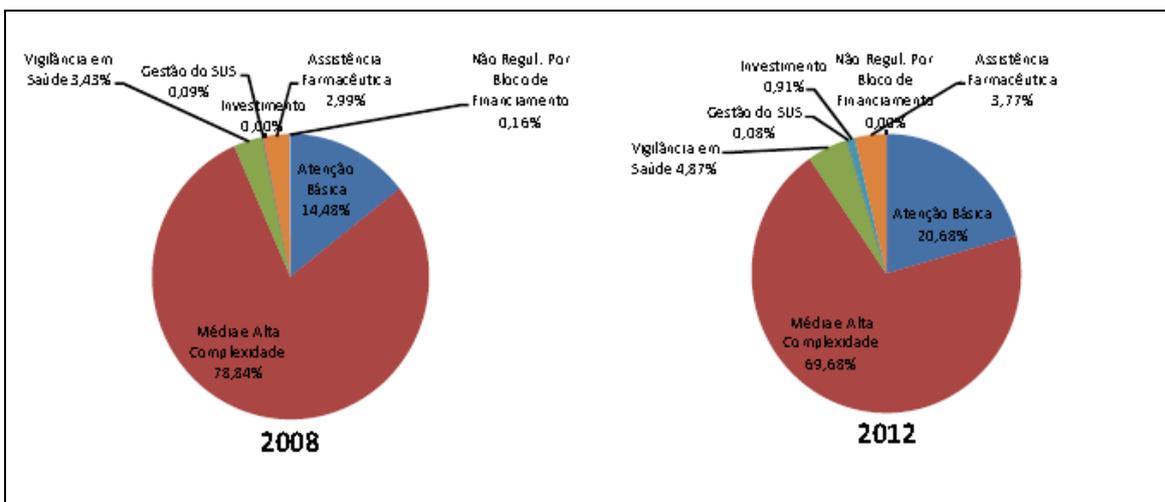


Figura 01. Comparativo dos recursos transferidos do governo federal por bloco de financiamento do SUS. Fonte: PMS 2014-2017.

A Atenção Básica em Saúde é aquela voltada prioritariamente a prevenção a fim de manter taxas satisfatórias no que tange a transmissão de doenças entre a

⁵⁵ Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html >

população. A Portaria do Ministério da Saúde ⁵⁶nº 248/2006 traz a lume a sua definição⁵⁷.

Entretanto, na análise destes dados percebemos que a grande parte dos investimentos municipais na área de saúde é voltada para o bloco de financiamento relativo à média e alta complexidade. A Secretaria de Atenção a Saúde, órgão vinculado ao ministério da saúde em nível federal, define procedimento de média complexidade da seguinte forma⁵⁸ :

“ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.”

A alta complexidade⁵⁹, por sua vez, pode ser assim explicada como um procedimento ambulatorial ou cirúrgico que demande maior complexidade no que

⁵⁶ Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

⁵⁷ “A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.(...). A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.”

⁵⁸ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/daet/media-alta-complexidade>

⁵⁹ “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, organizadas em redes são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio-palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS de A a Z, 2005).

tange a especialização do profissional ou do procedimento, ou relativo a um maior custo no tratamento.

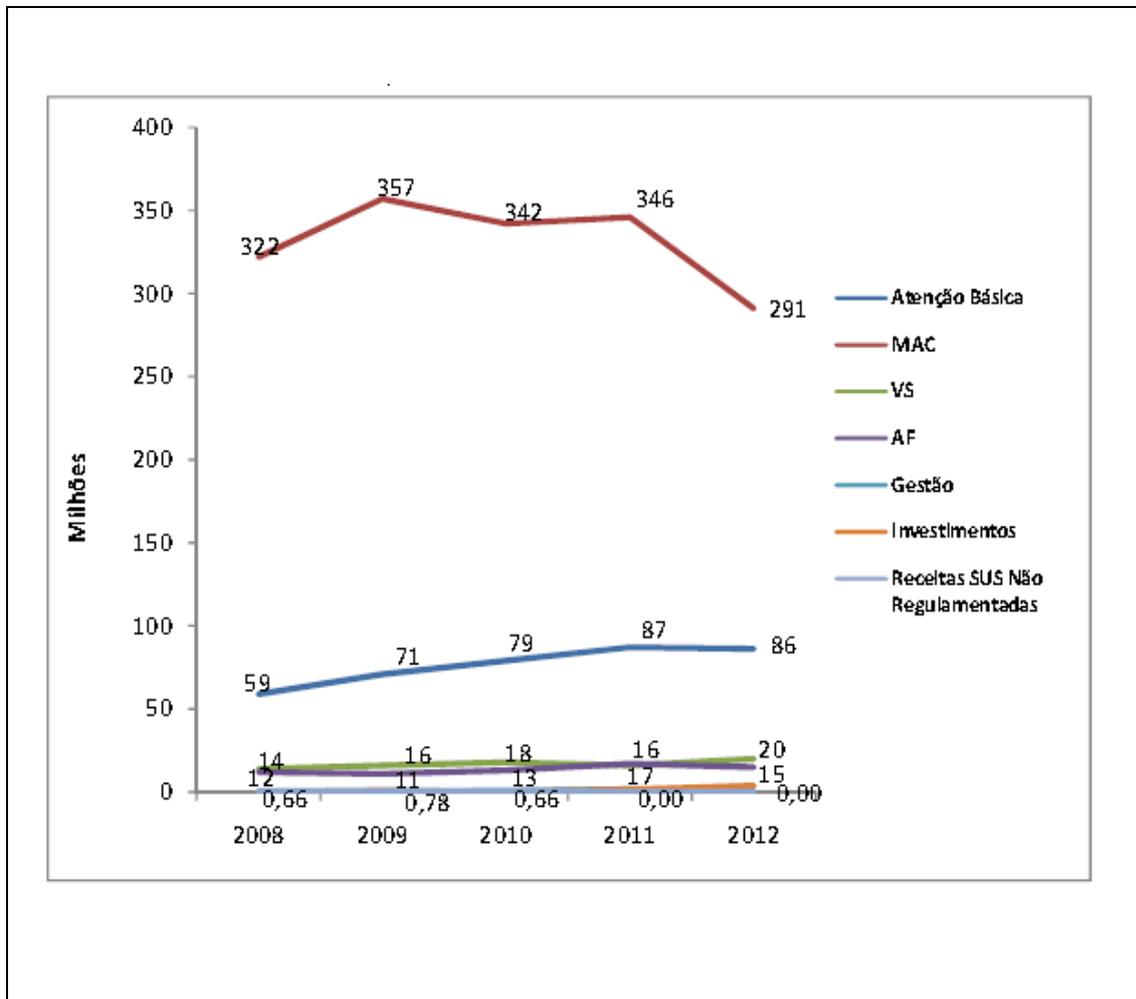


Figura 02. Receita do SUS por bloco de financiamento em Salvador 2008-2012. Fonte: PMS 2014-2017.

A figura acima mostra em termos de milhões o investimento público no financiamento do Sistema único de Saúde no município de Salvador-BA e aponta uma diminuição da receita destinada a Média e Alta complexidade para o exercício de 2012.

Em relação a despesa total em saúde por habitante, o município analisado possui a proporção de 0,75 centavos por dia/habitante, conforme os dados disponibilizados no próprio Plano Municipal de Saúde, obtendo uma média próximas somente de

capitais como Rio Branco –AC e Macapá – AP, segundo estudos realizados pelo Conselho Federal de Medicina ⁶⁰– CFM.

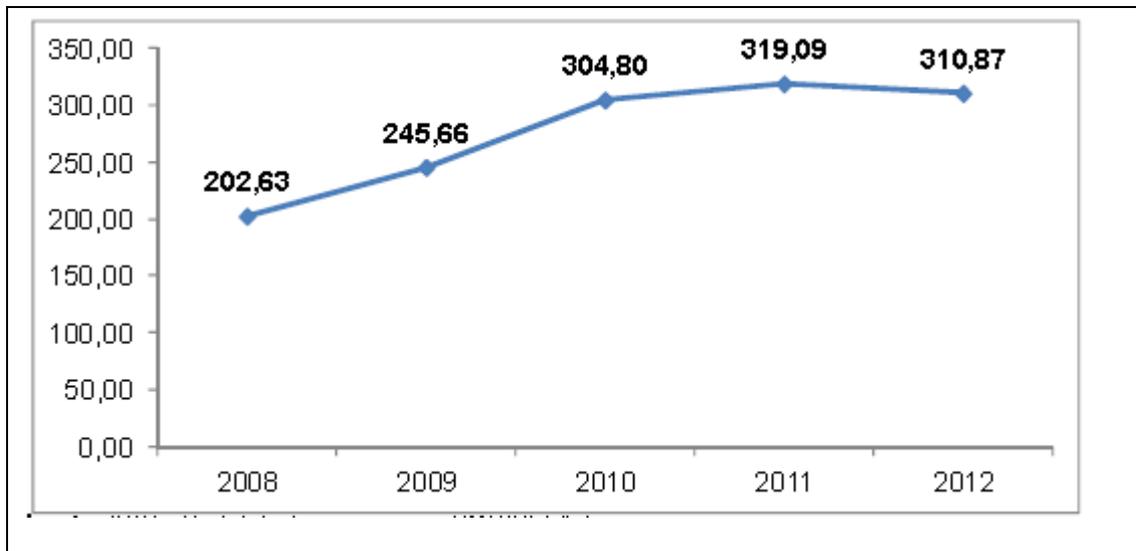


Figura 03. Despesa total em saúde por habitante em Salvador 2008-2012. Fonte: PMS 2014-2017.

Estes dados representam a realidade em que se encontra a capital baiana, de um lado baixos investimentos em programas de saúde em comparação com outras capitais delineadas, e de outro lado má administração dos recursos existentes contribuindo para o caos na saúde pública municipal.

3.5. AS ESCOLHAS ECONÔMICAS

A economia tem utilizado atualmente o seu discurso matemático a fim de excluir do debate público a população, criando um discurso de dominância e extinção do espaço democrático.

Como já dito, o Brasil chegou tardialmente em uma rede de proteção social que foi constituída ao longo do século XX pela classe trabalhadora através de muitas revoltas e irrisignações, afim de ver construída uma rede de proteção social aos cidadãos.

Esta proteção advém de uma espécie de *contrato social* ⁶¹ entre as pessoas, cuja obrigação central é pagar os tributos, e o Estado, cuja responsabilidade reside em garantir determinados direitos.

⁶⁰ Disponível em: <

<http://www.crmpr.org.br/Governo+gasta+R+389+ao+dia+com+a+saude+de+cada+brasileiro+11+46784.shtml>>

⁶¹ LOCKE, John. **Segundo Tratado sobre o governo**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

Hoje, o discurso governamental da economia é que a Constituição de 1988 prevê uma gama de direitos de forma exagerada e desproporcional ao orçamento público destinado para este fim.

Em confronto com a narrativa dominante da economia brasileira e contextualizando a crise econômica com os gastos sociais, percebe-se a ausência de relação direta entre eles, conforme será abordado.

A economia atual é reflexo das escolhas políticas econômicas realizadas pelo próprio Brasil e potencializadas através do fenômeno da globalização há pelo menos 4 décadas com a reconstrução da Europa pós Segunda Guerra⁶².

O processo de globalização não é um instituto recente, chegando em meados da década de 1980 a 50 % dos ativos mundiais internacionalizados⁶³.

Com a Primeira Guerra mundial, a Crise de 1929 e a Segunda Guerra mundial, teve-se uma acentuada queda das exportações devido ao protecionismo de suas economias alinhada a necessidade que cada nação possuía em salvaguardar seu mercado interno.

O processo de reconstrução das indústrias europeias no decorrer da segunda metade do século XX alinhado às políticas de expansão da economia industrial norte americana foram responsáveis pelo apogeu do processo globalizatório através do determinismo geográfico capitalista entre as nações subdesenvolvidas.

As indústrias dos países de centro foram se *deslocando*⁶⁴ para as nações periféricas com o intuito de possibilitar a expansão do excedente de capital e assim atingir novos mercados vantajosos com mais consumidores de seus produtos ou serviços.

Esta revolução internacional foi severamente importante para o crescimento do Estado brasileiro no mesmo período. Internamente ocorria o boom do crescimento industrial devido à chegada de diversas indústrias transnacionais e multinacionais fomentadas pelo aparecimento de vantagens como a criação dos parques industriais CIA, Polo e Zona Franca de Manaus⁶⁵.

⁶² Disponível em: <http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf>

⁶³ SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

⁶⁴ KURZ, Robert. Perdedores Globais. In: **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

⁶⁵ Disponível em: < <http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf> >

Em decorrência destas transformações, o PIB do Brasil mais que dobrou em poucos anos, passando de 1,5% de crescimento econômico em 1979 para 4,8% em 1983, sendo um lapso temporal de louvável crescimento econômico dos empresários de então.

O Brasil neste contexto, deixou de ser um país predominantemente rural para urbano, intensificando os ciclos migratórios do êxodo rural para as grandes cidades nacionais como São Paulo e Rio de Janeiro⁶⁶.

Contudo, este cenário intermitente de exportação do capital preocupou os norte americanos que logo estabeleceram uma medida com a finalidade de conter e garantir o equilíbrio financeiro em sua economia, o aumento de juros.

O aumento de juros dos Estados Unidos na primeira metade da década de 1980 foi um marco da história mundial pois colocou em mora diversas nações que tinham dívida em dólar, inclusive o Brasil.

Isto excluiu parcialmente o Brasil do sistema econômico internacional, fomentando entre as nações menos desenvolvidas e com dívidas em dólar um processo de *desregulamentação e liberação dos mercados internos* em virtude de minimizar os efeitos da moratória, permitindo a expansão das empresas internacionais em seus territórios com diversos benefícios nunca antes vistos.

“Nas condições atuais, as lógicas do dinheiro impõem-se a aquelas da vida socioeconômicas e política, forçando mimetismo, adaptações, rendições. Tais lógicas se dão segundo duas vertentes: uma é a do dinheiro da empresa que, responsáveis por um setor de proteção, são, também, agentes financeiros, mobilizados em função da sobrevivência e expansão de cada firma em particular, mas, há, também, a lógica dos governos financeiros globais, Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial, bancos transvertidos em regionais como o BID. É por intermédio deles que as finanças se dão como inteligência geral⁶⁷.”

Assim foram feitos em diversas nações que passaram de microeconomias regionais para grandes potências econômicas mundiais, tais como a China e a Coreia do Sul.

⁶⁶ SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

⁶⁷ SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000, pág. 100.

Diante deste contexto pergunta-se por exemplo: *Se o Brasil até o começo da década de 1980 exportava mais do que a China qual o motivo desta hoje ter os índices de exportação superior a dez vezes o brasileiro?*

Notadamente, isto deveu-se a forma de inserção no mercado global que estes países asiáticos fizeram, possuíam baixos salários, alta produtividade do trabalho, leis trabalhistas, ambientais e fiscais generosas e moeda desvalorizada⁶⁸.

O Brasil, na mesma época andava na contramão dessas ações. A forma de inserção da economia brasileiro no mercado global começa na década de 1990 com o programa de estabilização monetária.

Este programa, objetivando diminuir a alta taxa de inflação que assolava o país estabeleceu a técnica da âncora cambial com o dólar a fim de conter a explosão dos preços e desvalorização da moeda nacional.

Contudo, isto fez com que houvesse uma valorização da nova moeda *real* com o dólar, não incentivando empresas internacionais a montar as suas fábricas no mercado interno devido a concorrência internacional entre os países, eclodindo o processo de desindustrialização no território nacional.

Neste período duas eram as notáveis opções econômicas para o Brasil: a primeira era procurar exportar mais do que importar, deste modo tornar-se-ia superavitário ou poderia optar pela arbitragem da taxa de juros a fim de coloca-las bastante altas propiciando o mercado interno para trabalhar com o fenômeno da financeirização⁶⁹.

A financeirização no mercado interno brasileiro utiliza as taxas de juros elevadas a fim de garantir uma rentabilidade com o capital volátil, ideal para quem vai fazer *carry trade*, entretanto, esta medida não gera emprego e renda.

Milton Santos (2000, pág. 100) destaca que *com a globalização, o uso das técnicas disponíveis permite a instalação de um dinheiro fluído, relativamente invisível, praticamente abstrato.*

Assim, sem a geração de emprego e renda devido a financeirização da economia brasileiro *Vivenciamos um desmonte programado da proteção social?*

⁶⁸ KURZ, Robert. Perdedores Globais. In: **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.

⁶⁹ Disponível em: < <http://brasildebate.com.br/wp-content/uploads/Austeridade-e-Retrocesso.pdf> >

3.6. NOVO REGIME FISCAL E O ORÇAMENTO DESTINADO À SAÚDE

A Proposta de Emenda Constitucional responsável pela redação do art. 106 do ADCT expõe os motivos que justificaram esta mudança na constituição a fim de possibilitar a plausibilidade de seus argumentos frente ao Congresso Nacional.

A justificação é pautada em diversos argumentos interligados. Segundo elas, a constituição Federal de 1988 prevê em seu texto excessivos direitos sociais que não cabem mais no orçamento público brasileiro, e por isto estão fazendo a dívida pública crescer exponencialmente prejudicando de forma cíclica toda a economia do país.

“A raiz do problema fiscal do Governo Federal está no crescimento acelerado da despesa pública primária. No período 2008-2015, essa despesa cresceu 51% acima da inflação, enquanto a receita evoluiu apenas 14,5%. Torna-se, portanto, necessário estabilizar o crescimento da despesa primária, como instrumento para conter a expansão da dívida pública. Esse é o objetivo desta Proposta de Emenda à Constituição⁷⁰.”

Assim, ao passo em que há a ocorrência do crescimento das despesas públicas com os gastos primários (saúde, educação, segurança pública e etc) há, na mesma proporção o crescimento da dívida pública interna devido ao fato de que não há orçamento público suficiente para adimplir a todos estas despesas.

“No âmbito da União, a deterioração do resultado primário nos últimos anos, que culminará com a geração de um déficit de até R\$170 bilhões este ano, somada à assunção de obrigações, determinou aumento sem precedentes da dívida pública federal. De fato, a Dívida Bruta do Governo Geral passou de 51,7% do PIB, em 2013, para 67,5% do PIB em abril de 2016 e as projeções indicam que, se nada for feito para conter essa espiral, o patamar de 80% do PIB será ultrapassado nos próximos anos. Note-se que, entre as consequências desse desarranjo fiscal, destacam-se os elevados prêmios de risco, a perda de confiança dos agentes econômicos e as altas taxas de juros, que, por sua vez, deprimem os investimentos e comprometeram a capacidade de crescimento e geração de empregos da economia⁷¹.”

⁷⁰ Disponível em: <

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC241/2016

>

⁷¹ Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC241/2016

Em conclusão dos argumentos apresentados pelo Estado, há, devido a este *desequilíbrio fiscal das contas*, a necessidade de ajustá-lo a fim de garantir a retomada do crescimento econômico.

“Faz-se necessária mudança de rumos nas contas públicas, para que o País consiga, com a maior brevidade possível, restabelecer a confiança na sustentabilidade dos gastos e da dívida pública. É importante destacar que, dado o quadro de agudo desequilíbrio fiscal que se desenvolveu nos últimos anos, esse instrumento é essencial para recolocar a economia em trajetória de crescimento, com geração de renda e empregos. Corrigir o desequilíbrio das contas públicas é condição necessária para retirar a economia brasileira da situação crítica⁷².”

Contudo, ao verificar esses argumentos expostos na exposição de motivos da Proposta de Emenda Constitucional, percebe-se que elas não correspondem a realidade do cenário econômico interno do Estado brasileiro.

A primeira discussão que deve ser enfrentada corresponde a dívida pública interna. A dívida pública brasileira segundo os dados do *Trading Economics* corresponde a 69,49 % do PIB em dezembro de 2016⁷³.

Este valor pode ser considerado exagerado à primeira vista e se comparado individualmente. Contudo, ao relacionar a dívida pública brasileira com a dívida de outras nações desenvolvidas, percebe-se que não há relação entre o valor da dívida com o grau de desenvolvimento sócio-econômico interno.

Os EUA, Japão e França devem, respectivamente, 106%, 250% e 96% do PIB, segundo os dados da mesma fonte e no mesmo período avaliado que o brasileiro. Estes países possuem altas dívidas, contudo, andam na contramão de desenvolvimento econômico e social ao ser comparado ao caso brasileiro.

Isto aponta que não há relação direta entre a dívida pública e o desenvolvimento humano. A diferença entre as nações mais desenvolvidas para as menos refere-se ao montante orçamentário disponibilizado para o pagamento dos juros e amortizações.

O Brasil, de acordo com os dados da *Auditoria Cidadã*⁷⁴, disponibilizou no exercício financeiro de 2015, 42,43% do Orçamento Geral da União, somente para o pagamento de juros e amortização da dívida pública.

⁷² Disponível em:

http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1468431&filename=PEC241/2016

⁷³ Disponível em: <https://pt.tradingeconomics.com/brazil/indicators>

Isto onera excessivamente o planejamento orçamentário federal ao disponibilizar elevado índice financeiro somente para o pagamento de mora da dívida. Por sua vez, isto não ocorre em outros países tais como Grécia, Portugal e Itália que cada um disponibilizou⁷⁵ no mesmo período, respectivamente, 4,3%, 5,0% e 4,7%.

A partir destes dados, percebe-se a preferência política do Estado brasileiro em disponibilizar altíssima parcela do seu orçamento público para o pagamento dos juros e amortizações da dívida em detrimento da saúde e educação, possuindo respectivamente no exercício financeiro verificado 4,14% e 3,91%.

Nestas perspectivas de escolhas para alocação orçamentária pergunta-se: *Haverá orçamento para a proteção social em um estado endividado economicamente e com prioridades diversas?*

O baixíssimo orçamento destinado à saúde prejudica, por exemplo, a implementação de políticas públicas assistencialistas aos mais necessitados, de modo que, o congelamento deste montante por 30 anos obstaculizará o exercício pleno da cidadania.

⁷⁴ Disponível em: < <http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2013/08/30/numeros-da-divida/>>

⁷⁵ Disponível em: < <http://observador.pt/especiais/quanto-custa-divida-da-grecia/>>

CAPÍTULO 4- DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: PROCESSO SAÚDE-DOENÇA EM PERSPECTIVA

O presente tema relativo à determinação social da saúde obtém um importante espaço devido ao aumento das discussões no campo da saúde coletiva em face do aumento exponencial das situações de desigualdades e iniquidades sociais, em vista da busca por condições de bem-estar, individual ou coletivo.

Na atualidade, as desigualdades sociais no acesso à saúde estão fortemente presentes em várias economias emergentes e constituem-se como tema de grande relevância na agenda internacional.

Isto ocorre, por exemplo a partir da criação em 2005 da *Commission on Social Determinants of Health* em 2005 pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em vistas de orientar as ações dos mais diversos países e fomentar as ações internacionais a fim de combater essas desigualdades.

Esta comissão definiu os determinantes sociais da saúde como o conjunto de condições sociais em que as pessoas estão inseridas, que podem interferir diretamente ou indiretamente em sua saúde ⁷⁶(WHO, 2007).

Importante destacar que inicialmente essas condições fizeram parte da íntima interação que ocorria entre o homem e a natureza. Contudo, a posteriori, diante das péssimas condições de trabalho advindas no capitalismo moderno, alinhado ao aumento da pobreza e seus temas reflexos houveram uma ampliação das discussões a respeito dos determinantes sociais da saúde.

Várias são as definições na doutrina a respeito do tema, contudo, pode-se destacar as seguintes:

“Determinantes sociais da saúde são condições sociais e econômicas que influenciam a saúde dos indivíduos, das comunidades e jurisdições como um todo. Determinantes sociais da saúde determinam também se os indivíduos se mantêm sãos ou se tornem enfermos. Determinantes sociais da saúde também determinam a extensão em relação à qual uma pessoa possui recursos físicos, sociais e pessoais para identificar e alcançar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o ambiente (RAPHAEL, 2004, pág. 01)”

⁷⁶ Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112727/1/9789241507240_eng.pdf

A autora norte americana e professora da Universidade de Havard Nancy Krieger define da seguinte forma:

“Os determinantes sociais da saúde se referem às características das condições sociais que influenciam a saúde e os caminhos particulares por meio dos quais referidas condições exercem seu efeito e que se pode alterar com ações baseadas em informação (KRIEGER, 2001, pág. 696).”

Desta forma, os determinantes sociais da saúde pressupões as condições que influenciam na saúde de uma determinada população. Podendo estas serem advindas de uma diversidades de fatores internos e externos que norteiam os sujeitos em suas atividades cotidianas.

4.1. DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

4.1.1 HISTÓRICO E DEFINIÇÃO

A Vigilância Epidemiológica constitui o mecanismo utilizado pelo Estado a fim de possibilitar o fornecimento de dados técnicos e científicos para o controle das doenças.

Por força do objeto desta investigação científica, serão analisadas determinadas doenças infecciosas a fim de discutir como evitá-las e estudá-las para possibilitar o seu controle utilizando-se mecanismos de intervenção nos elos da cadeia de transmissão.

Deste modo, é de total importância para os fins desta investigação a análise de perfis epidemiológicos previamente traçados para a doença diarreica em crianças para os fins desta investigação.

No início do século XX tem-se os primeiros movimentos médicos-científico com o viés de controle e prevenção das doenças no lugar de seu tratamento isolado, sendo estes orientados a partir do estudo e descoberta de novos ciclos epidemiológicos de doenças infecciosas⁷⁷.

As intervenções nesta época consistiram fundamentalmente em grandes campanhas sanitárias que visavam, dentre outros, controlar doenças que comprometiam em especial a atividade econômica do país, deste modo doenças tais como a febre amarela e a varíola eram tratadas com o objetivo de impedir eventual adoecimento

⁷⁷ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

dos trabalhadores que pudessem de alguma forma prejudicar a continuidade da produção econômica⁷⁸.

As campanhas utilizavam os instrumentos disponíveis na época para o diagnóstico das doenças, além do combate a vetores⁷⁹ com a interrupção dos seus ciclos bem como com a imunização da população com vacinas e remédios disponibilizados obrigatoriamente⁸⁰.

“O modelo operacional baseava-se em atuações verticais, sob forte inspiração militar, e compreendia fases bem estabelecidas – preparatória, de ataque, de consolidação e de manutenção⁸¹.”

Em 1950, o termo Vigilância Epidemiológica referia-se os estudos correlacionados ao controle das doenças transmissíveis, designando, por sua vez, uma série de atividades posteriores à campanha vacinação, vindo a designar somente uma de suas fases. Originalmente, essa expressão significava “a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados de doenças transmissíveis e de seus contatos⁸²”.

Neste sentido, tratava-se, da vigilância de seres humanos, com base em medidas extremas de isolamento ou até mesmo de quarentena, aplicadas de forma individual.

Em meados da década de 1960, houve a instituição de uma fase de Vigilância Epidemiológica na Campanha de Erradicação da Varíola – CEV, alinhado à agenda internacional pois trazia novos conceitos advindos da 21ª Conferência Mundial de Saúde que não se vinculavam à anterior realização de uma fase de ataque com a obrigatoriedade das vacinas⁸³.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁷⁹ As doenças de transmissão vetorial são aquelas que necessitam da utilização de um meio (vivo ou não) para se propagar, deste modo e observando o estudo proposto nesta investigação científica, os vetores são os mosquitos hospedeiros das seguintes doenças: Dengue, Esquistossomose, febre amarela e leptospirose.

⁸⁰ TAUIL, Pedro Luiz. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**. Brasília: mai-jun, 2006.

⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁸² BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁸³ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

Buscava-se, mediante o estudo e a análise dos casos de varíola, mapear as causas de sua transmissão a fim de possibilitar mecanismos de controle através da interrupção de sua cadeia reprodutiva.

A metodologia utilizada serviu como parâmetro para as outras políticas de saúde e Vigilância Epidemiológica empregadas a fim de possibilitar a erradicação ou controle de outras doenças ao redor do mundo.

Em 1968, A 21ª Conferência Mundial de Saúde teve como tema central os debates acerca da Vigilância Epidemiológica, possibilitando à comunidade científica conhecer e discutir abertamente a respeito dos diversos assuntos relacionados à saúde pública e transmissão de doenças⁸⁴.

Somente com a Campanha de Erradicação da Varíola entre 1966 a 1973 é que foi reconhecida no Brasil a institucionalização da Vigilância Epidemiológica como instrumento de controle das doenças⁸⁵.

O modelo procedimental utilizado na Campanha de Erradicação da Varíola incentivou a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) a realizar, em 1969, um sistema de notificação semanal de determinadas doenças aptas a possibilitar transmissão generalizadas, e organizadas em forma de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal⁸⁶.

Tal propósito fundamentou a consolidação, nos níveis nacional e estadual, de conhecimentos técnicos e sobretudo operacionais que possibilitam a implementação futura de ações a fim de disseminar ou controlar doenças com ciclos evitáveis, tais como o da poliomielite que atacou o Brasil em meados da década de 1980 tendo a sua erradicação alcançada em 1994⁸⁷.

Por influência da 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil em 1975, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), através da Lei nº 6.259/75 e do Decreto nº 78.231/76. Esses instrumentos tornaram obrigatória a

⁸⁴BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁸⁵ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

⁸⁶ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

⁸⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

notificação ao SNVE de determinadas doenças transmissíveis estabelecida por Portaria⁸⁸.

O primeiro Manual de Vigilância Epidemiológica somente foi elaborado dois anos depois, em 1977, e possuía o objetivo de compatibilizar as normas técnicas e programas de controle específicos de cada doença presente na lista de notificação compulsória da SNVE⁸⁹.

O art. 6º, §2º da Lei nº 8.080/90 que dispõe acerca dos mecanismos de promoção da saúde assim define a Vigilância epidemiológica:

“§ 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 agravos⁹⁰.”

Neste contexto, houve uma ampliação das ações de vigilância epidemiológica através de sua previsão legal, além de sua nova operacionalização em um contexto de mudanças através da implantação do Sistema único de Saúde brasileiro, que se caracterizava nos ditames do acesso universal e igualitário às ações e aos serviços notadamente aqueles que se referem a sua promoção, proteção e recuperação⁹¹.

Por outro lado, em virtude das mudanças encontradas no perfil epidemiológico brasileiro, há atualmente diversas correntes epidemiológicas incorporando doenças e agravos não transmissíveis nas listas de doenças de notificação compulsória em virtude da queda das taxas de mortalidade em virtude das doenças transmissíveis e o aumento daquelas ocorridas por causas externas ou por agravos degenerativos⁹²

A vigilância epidemiológica possui como objetivo central fornecer as orientações técnicas e teóricas para os profissionais de saúde executar as ações necessárias para o controle das doenças⁹³.

⁸⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁸⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁹⁰ BRASIL. Lei nº 8.080/90 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. DOU de 20.9.1990.

⁹¹ Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

⁹² ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

⁹³ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág.18. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

Estas informações são importantes na medida em que vão guiar a execução de medidas de combate aos agravos em uma área geográfica determinada com sua população definida, por parte das Secretárias de Saúde e assim alcançar eficácia na atuação pública direcionada.

Deste modo, a Vigilância Epidemiológica visa operacionalizar os serviços de saúde através do uso de dados coletados como forma de possibilitar um planejamento e organização eficiente em prol de melhores resultados a comunidade.

Esta operacionalização da Vigilância Epidemiológica é inserida em um ciclo de determinadas funções específicas⁹⁴ estabelecidas pelo Ministério da Saúde e, muitas vezes complementares, desenvolvidas com o fito de conhecer a conduta da doença e do agravo possibilitando os bloqueios eficientes na sua propagação.

As competências em relação aos Entes (municipal, estadual e federal) ocorrem de forma complementar ⁹⁵de modo que o leque de funções a serem desempenhadas pela Vigilância Epidemiológica seja alcançado em sua plenitude.

Deste modo, o Ente municipal é responsável pelas ações executivas em virtude da sua proximidade com o cenário da saúde local. Por sua vez os Ente nacional, tanto quanto o Estadual, são responsáveis pela ação estratégica e a sua programação a longo alcance, além de complementar o quanto realizado pelo Ente municipal⁹⁶.

Estas disposições são necessárias tendo em vista a responsabilidade solidária dos Entes no que concerne o alcance do direito à saúde. Assim, determinada demanda não satisfeita em seara municipal, deverá ser implementada pela União ou Estado membro em prol de determinada população⁹⁷.

⁹⁴ “São funções da vigilância epidemiológica:

- coleta de dados;
- processamento de dados coletados;
- análise e interpretação dos dados processados;
- recomendação das medidas de prevenção e controle apropriadas;
- promoção das ações de prevenção e controle indicadas;
- avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas;
- divulgação de informações pertinentes.”

Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁹⁵ Art. 23 da CRFB.

⁹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁹⁷ Entendimento consolidado por força do Recurso Extraordinário (RE) 855178 – SE.

O Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica necessita do desempenho eficaz e harmônico dos Entes em seus diferentes níveis a fim de garantir confiabilidade em seus dados. Quanto maior a eficiência entre os níveis, melhor a qualidade das informações prestadas que possibilitará uma compreensão verdadeira da realidade da saúde destacada e, conseqüentemente, influenciado no planejamento necessário da ação governamental.

Isto pode impactar inclusive em menores taxas de intervenções de origem federal ou estadual em municípios, pois ao passo em que determinadas ações necessitam de estudos prévios a serem realizadas, por esta razão, os municípios mais necessitados, muitas vezes, por carecer de centros de referência ou avaliação da saúde tem mitigados os investimentos federais em sua região, limitando-se a ações emergenciais.

A partir da implantação do Sistema único de Saúde, os municípios possuem a autonomia na implantação de sua Vigilância Epidemiológica possibilitando direcionar os seus profissionais ao estudo dos agravos locais, em contrapartida as orientações de nível nacional, abrindo espaços para as discussões dos problemas de modo regionalizado.

4.1.2.DA COLETA DE DADOS PELA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A continuidade dos serviços da Vigilância Epidemiológica depende fundamentalmente na disponibilização de dados que sirvam de base para os procedimentos de segurança da saúde.

Esta fase deverá ser realizada com a observação técnica adequada em virtude de possíveis interferências na qualidade dos dados. É também nesta etapa em que as observações pelos investigadores devem ser sistematizadas e estruturadas a fim de constituírem poderoso instrumento a viabilizar a política de saúde adequada.

Dada a sua importância, os técnicos responsáveis pela coleta devem ser preparados de tal forma que possam garantir a confiabilidade das informações prestadas, isto ocorre em todos os níveis de atuação (municipal, estadual ou federal).

Evidente é a necessidade de preparação dos responsáveis pela coleta de dados a fim de assegurar que as doenças de caráter transmissíveis e de notificação

compulsória só podem ser contadas como dados a partir de momento em que tiver a confirmação do diagnóstico pela equipe médica responsável⁹⁸.

Estes requisitos buscam mitigar dados errôneos que poderão, ao serem utilizados para a gestão ou avaliação de projetos de saúde, induzi-los a erro e obstaculizar o acesso a saúde.

Outro aspecto relevante a ser tratado é a necessidade do levantamento de dados ocorrer de forma abrangente em que diversas fontes de geradores devem ser levadas em conta, a fim de que seja assegurada a regularidade e atualidades das informações prestadas, facilitando a transmissão de dados entre os Entes que queiram estudar determinado agravo⁹⁹.

Em que pese esse aspecto denominado como relevante, nem sempre é possível trabalhar de modo abrangente pois a depender do estudo, diversas barreiras podem ser encontradas tais como falta de informação, dados incompletos e desatualizados e dentre outros.

Deste modo, cabe a Vigilância Epidemiológica a partir dos dados selecionados e confiáveis estudar o ciclo de determinadas doenças ou agravos com o objetivo de acompanhá-los a fim de garantir o seu controle¹⁰⁰.

Diversos tipos de dados alimentam o Sistema da Vigilância Epidemiológica. Os principais deles são os dados demográficos, ambientais e os socioeconômicos; dados de morbidade e dados de mortalidade¹⁰¹.

Os dados demográficos, ambientais e socioeconômicos são fundamentais a fim de especificar o espaço geográfico analisado, além de permitir a utilização de fatores tais como taxa de natalidade, população total e sua faixa etária, situação econômica, que são indicadores fundamentais na análise da qualidade de vida do grupo populacional estudado¹⁰².

⁹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

⁹⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

¹⁰⁰ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

¹⁰¹ Disponível em: < http://www.suvisa.ba.gov.br/vigilancia_epidemiologica>

¹⁰² BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

A importância destes dados reside no conhecimento da dinâmica populacional como fator possível de ser condicionante no desenvolvimento ou propagação doença ou agravo sob vigilância.

Os dados de morbidade, por sua vez, ao propagar a taxa de uma pessoa ficar doente por determinada doença e em uma certa região, são os dados mais utilizados pela Vigilância Epidemiológica¹⁰³.

“Tratam-se, em geral, de dados oriundos da notificação de casos e surtos, da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, de investigações epidemiológicas, da busca ativa de casos, de estudos amostrais e de inquéritos, entre outras fontes.”¹⁰⁴

Merecem atenção na coleta e análise destes, tendo em vista a ineficiência de diagnósticos em muitas unidades de atendimento de modo que pode trazer inexatidões em seu resultado bruto, devendo os profissionais que trabalharão com estes dados um especial cuidado em sua análise.

Os dados do tipo mortalidade apresentam fundamental importância para o SNVE. São responsáveis juntamente com os dados de demográficos como indicador da gravidade sistêmica de determinada doença. A obtenção destes dados é alcançada através de declarações de óbitos feitas de forma padronizada e divulgada em todo o país¹⁰⁵.

4.2- INDICADORES DE SAÚDE COMO FERRAMENTA DE ANÁLISE SOCIAL

Em 1952, as Nações Unidas objetivando avaliar o grau de desenvolvimento dos países do mundo pós segunda guerra, convocaram um grupo de cientistas e lhes atribuiu a incumbência de buscar métodos adequados a fim de avaliar o “padrão de vida” das populações¹⁰⁶.

¹⁰³ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

¹⁰⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Pág. 20. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

¹⁰⁵ BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf>

¹⁰⁶ ENGEL, Cassio L. **As medidas de saúde coletiva: Os indicadores de Saúde**. Volume 1, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

Diversos componentes foram sugeridos na época a fim de caracterizar o desenvolvimento mundial, tais como alimentação, mercado de trabalho e transporte, entretanto, a saúde foi considerada o mais importante¹⁰⁷.

Medir a saúde em seu sentido estrito é uma tarefa árdua, devido à dificuldade de estabelecer uma conceituação que possa sistematizar a complexidade do fenômeno que esta se insere. Por esta razão, a epidemiologia¹⁰⁸ fez a opção de medi-la de forma indireta, através da “não-saúde” de uma determinada população, ou seja, pelas notificações de doenças e de mortes¹⁰⁹.

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos neste contexto como instrumentos capazes de conter através da demonstração de medidas, informações relevantes sobre o estado de saúde de um determinado lugar, bem como avaliar o desempenho do próprio sistema de saúde escolhido para análise¹¹⁰.

Em outras palavras, “são a matéria prima essencial para a análise de saúde” sendo indispensável a sua utilização para as pesquisas que contemplem esta área¹¹¹.

A disponibilidade de informação qualificada a respeito da saúde de uma determinada população, torna-se condição *sine qua non* para a análise objetiva da questão sanitária, que é objeto complementar desta investigação científica.

Os indicadores de saúde no contexto atual, foram desenvolvidos com o intuito de facilitar a quantificação e avaliação dos sistemas de saúde, além de proporcionar a troca de informações entre os pesquisadores a fim de planejar, avaliar e administrar as ações de saúde¹¹².

¹⁰⁷ ENGEL, Cassio L. **As medidas de saúde coletiva: Os indicadores de Saúde**. Volume 1, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

¹⁰⁸ “É o estudo nas populações dos padrões de ocorrência e de distribuição dos estados de saúde, das doenças e seus fatores de risco, defeitos, disfunções e morte. Tem como finalidade avaliar a sua frequência, descobrir a causa da propagação desses fenômenos e ainda estabelecer as associações de causa e efeito entre os fatores de risco e as doenças. Utiliza os métodos epidemiológicos, o estudo de campo e a metodologia estatística. É assim possível compreender a ocorrência de fenômenos ligados à morbidade e à mortalidade.” **Epidemiologia** in Artigos de apoio Infopédia. Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-04-11 23:22:21]. Disponível em: [https://www.infopedia.pt/\\$epidemiologia](https://www.infopedia.pt/$epidemiologia) Acesso em: 11/04/2017.

¹⁰⁹ ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

¹¹⁰ Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud**. Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

¹¹¹ ENGEL, Cassio L. **As medidas de saúde coletiva: Os indicadores de Saúde**. Volume 1, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

¹¹² ENGEL, Cassio L. **As medidas de saúde coletiva: Os indicadores de Saúde**. Volume 1, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

No Brasil, o aperfeiçoamento dos indicadores de saúde ocorreu somente em 1996 com a criação da Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA), em cumprimento do quanto determinado pela Organização Pan-americana da Saúde¹¹³(OPAS).

Com o avanço no estudo e controle das doenças infecciosas, além da maior compreensão e debate do conceito de saúde e de seus determinantes sociais pela academia científica, os indicadores de saúde surgem como fatores indispensáveis para a análise social de desenvolvimento em seus múltiplos aspectos¹¹⁴.

4.2.1- INDICADOR DE MORTALIDADE INFANTIL

Nos estudos da Organização das Nações Unidas – ONU, a mortalidade relaciona-se de forma direta ou indireta ao bem-estar humano, utilizado como indicador sensível a realidade vivenciada e suas condições de vida.

As taxas de mortalidade resulta na relação existente entre três fatores que contribuem para a análise situacional, são elas: serviços públicos de saúde, serviços destinados a melhoria do nível da saúde e características diretamente ligadas ao indivíduo (Birdsall, 1980).

O primeiro, notadamente resulta no investimento público destinado diretamente nas políticas de saúde tal como compras de remédio, atendimento hospitalar e dentre outros.

O segundo fator são aqueles atinentes aos serviços que podem ser destinados a fim de levar à melhoria do nível de saúde. Neste sentido, encaixam-se os serviços de saneamento básico por exemplo, como medida de saúde coletiva.

Por sua vez, as características diretamente ligadas ao indivíduo, e podem ser exemplificadas como a sua renda, forma de alimentação, moradia e a forma própria do seu corpo em respondem as intercorrências em saúde e outras ameaças ambientais (Birdsall, 1980).

¹¹³ Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud.** Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

¹¹⁴ Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud.** Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

Considerando que a taxa de mortalidade é uma combinação de todos esses fatores, esta constitui-se indicador da qualidade de vida em meio a uma população que se quer estudar (Wood et al., 1994).

Deste modo, a taxa de mortalidade infantil é um indicador de saúde que sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de uma determinada localidade (Costa, 1995). Isto acontece pois ela indica a probabilidade de sobrevivência ao primeiro ano de vida, e por isso, reflete uma série de compromissos assumidos pelas políticas sociais contemporâneas.

A mortalidade infantil decorrentes de doença diarréica ,e vista, em princípio, como um acontecimento evitável, deste modo, serve para evidenciar a qualidade da prestação do serviço de saúde e saneamento oferecido para a sociedade (Leal et al., 1996). Nesta acepção, para que se possa ter preocupação com as futuras gerações através da realização de inúmeros projetos da área de saúde, é importante reconhecer e assumir a responsabilidade para com as crianças no dia atual (Jefferey, 1999).

Assim, a utilização do indicador da mortalidade infantil na presente pesquisa é fator de suma importância a fim de avaliar a capacidade Estatal de garantir o direito a saúde e notadamente o de saneamento básico na medida que a doença diarréica em crianças passa a ser o critério de análise.

4.3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA DIARRÉIA

A diarréia infecciosa aguda é caracterizada como sendo uma doença de abrangência universal, deste modo, é suscetível a todas as pessoas e classes sociais.

Contudo, alguns fatores podem caracterizar esta enfermidade como endêmica em uma região tais como vírus, fungos, parasitas e bactérias (CVE, 2002 e SOUZA et al.,2002).

A doença é caracterizada como uma síndrome clínica que altera o volume, consistência e freqüência das fezes, alinhada, muitas vezes ao aumento do número de evacuações. Sintomas secundários como cólica abdominal, vômitos e febre, também podem ser encontradas. (CVE, 2002; THIELMAN & GUEMANT, 2004).

Discorre ainda o autor que esta doença é em geral autolimitada, ou seja, possui um ciclo específico de atuação, podendo variar entre dois e quatorze dias, tempo em que poderá ser avaliada a sua intensidade.

Apesar do seu declínio como causa de mortalidade entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, a diarreia aguda representa uma importante causa de morbidade notadamente no que se refere a saúde pública (OCFEMIA & TAYLOR, 2004; FAÇANHA & PINHEIRO, 2005; COSTA ET AL. 2005).

Nos países em desenvolvimento, estudos apontam que cerca de dois milhões de crianças, com a idade menor que cinco anos, vão a óbito em virtude da diarreia infecciosa aguda em decorrência da falta de saneamento básico adequado, representando deste modo a segunda maior causa de morte nesta faixa etária (NIEHAUS et al., 2002).

No Brasil, a mortalidade em decorrência de doença infecciosa e parasitária passou de segunda maior causa no ano de 1977, para a sexta, isto em 1996 (GEROLOMO & Penna, 2004) e para a sétima a partir de 2004 (MS/SVS/DASIS, 2006).

Contudo, ainda nos dias de hoje, a diarreia infecciosa é considerada uma síndrome frequente pois representa umas das principais causas de consultas médicas e internação em hospital (SOUZA, et al., 2002).

Apesar as limitações do sistema de informações, percebe-se que no Brasil, segundo os dados do DATASUS, em anos mais recentes houveram mais de 600 mil internações devido à doença infecciosa intestinal, o que culminou em quase oito mil mortes (GRISI, 1998; CVE, 2002).

Entretanto, com a introdução de medidas efetivas de saneamento básico, ocorreu um declínio nas taxas de mortalidade e morbidade por esta doença que é veiculada principalmente pela água contaminada e ausência de rede sanitária (EDUARDO, 2005; CAMPOS et al., 1996; ANDRADE et al., 1999).

As medidas profiláticas visam, acima de tudo, dois aspectos. O primeiro é a redução dos agentes patogêneos a fim de que possa mitigar a frequência dos episódios

diarreicos e a segunda ocorre com a promoção do estado nutricional das crianças com o tratamento dos alimentos da forma devida¹¹⁵.

¹¹⁵ ENGEL, Cassio L. **Distúrbios gastrointestinais na infância**. Volume 6, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cidade de Salvador-Ba vive uma realidade perversa, oriunda, notadamente, da má situação do saneamento básico que assola o país alinhado a notória periferização e marginalização das camadas mais pobres da sociedade.

Ao contrário do contingente populacional que ocupa os centros urbanos mais desenvolvidos, leia-se aqui com investimento Estatal adequado em infra-estrutura e com condições sócio-econômicas de seus moradores privilegiada, as grandes áreas povoadas da capital baiana continuam expostas a doenças infecto-contagiosas e parasitárias.

Doenças provocadas pela falta de saneamento adequado, tai como: dengue, febre amarela, leptospirose, esquistossomose e a doença diarréica infantil, que serviu como indicador de saúde nesta pesquisa científica, têm voltado com bastante prevalência por conta da falta de prioridades dos Administradores Públicos conforme pode ser observado a partir do regime fiscal que estabelece um teto para os gastos públicos.

O mais sensível indicador de saúde que pode ser utilizado para medir a qualidade de vida de uma certa população é a taxa de mortalidade infantil, esta taxa indica a quantidade de crianças que morrem antes de completar um ano de vida a cada mil que nascem vivas.

Ela está intimamente ligada ao saneamento básico ao passo em que a principal causa de mortalidade infantil entre crianças com menos de um ano de idade são as doenças diarréicas, e provocadas, por sua vez, pela contaminação da água.

No brasil, a taxa de mortalidade infantil está entre as maiores do mundo, com uma proporção de 18 mortes para 1000 crianças nascidas vivas; números piores que vários países considerados menos desenvolvidos, tais como Honduras e Colômbia¹¹⁶.

No decorrer do estudo percebeu-se parte da experiência soteropolitana sobre a política de saneamento básico e saúde. Esta, por sua vez, ao demonstrar a realidade vivenciada pela população alí estudada, trouxe a tona o cenário retrógado que ainda estão inseridos.

¹¹⁶ Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?v=29&l=pt>

A cidade ocupa a posição 1.847 de 5.570 municípios brasileiros no ranking de mortalidade infantil¹¹⁷. Isto representa uma contradição, ao passo em que é o 12º em arrecadação municipal segundo dados do IBGE.

Com efeito, essa realidade representa uma má aplicação do orçamento municipal, notadamente na área de saúde quando é feito um contraponto do montante arrecadado com os índices encontrados.

Com o advento da Portaria nº 3.992/2017 este problema pretende acabar, contudo, em um Estado que cada vez mais o Administrador Público procura uma reeleição no lugar de atender aos anseios sociais, esta é uma realidade que se aponta mais distante.

A supracitada Portaria retira as vinculações orçamentárias a partir do exercício financeiro de 2018 para a área de saúde da receita recebida por repasse federal, antes eram: atenção básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão do SUS. E atualmente os municípios recebem o valor em cota única, livre dessas antigas vinculações de aplicação de receita.

A falta de vinculação orçamentária traria, em tese, a possibilidade do Administrador Público aplicar a receita recebida aonde julgasse ser de mais necessário ao seu município, e assim suprir determinados déficits regionais. Contudo, em contramão da narrativa dominante, isto pode trazer enorme prejuízo se não for bem aplicado.

Isto ocorre porque o Brasil não tem um bom histórico de aplicação livre dos recursos públicos; é só lembrar do excessivo montante orçamentário vinculado ao pagamento dos juros e amortizações da dívida pública.

Este novo modelo, ao priorizar o planejamento local das ações de saúde pode prejudicar os grandes programas nacionais no combate de endemias, na medida em que o orçamento da saúde poderá ser alvo de chantagem política orquestrado pelos Agentes municipais.

O Sistema Único de Saúde é orientado por alguns princípios e dentre eles o da Integralidade e Longitudinalidade que podem ser notadamente prejudicados a partir da política de governo empregada, pois, se há desvinculação de receitas, o

¹¹⁷ Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>

Administrador Público a aplicará nos moldes em que julgar conveniente ao seu plano de governo.

Alinhado a essa concepção de desarranjo institucional temos o surgimento do Novo Regime Fiscal em vigor desde o ano de 2017, que estabelece um teto para os gastos públicos.

Anteriormente a esta Emenda Constitucional, os gastos de saúde eram determinados a partir do Produto Interno Bruto – PIB de cada ano, deste modo, ao haver um aumento da Receita Corrente Líquida – RCL no exercício financeiro, isto correspondia a um aumento do montante a ser destinado a saúde.

Esta forma de administrar as receitas públicas eram mais coerentes, na medida em que o crescimento econômico do país, gerava, conseqüentemente, um aumento do repasse destinado a atender a saúde.

Pois bem, com o advento do citado Novo Regime Fiscal, a despesa em saúde prevista para o exercício financeiro atual, é o equivalente ao gasto em 2017, montante de R\$: 107,2 bilhões de reais¹¹⁸, corrigidos somente pelo Índice de Preços Gerais ao Consumidor Amplo – IPCA do mesmo período.

Deste modo, percebe-se que não haverá qualquer aumento orçamentário até o ano de 2036, o que gerará uma perda orçamentária em saúde no montante de R\$: 417 bilhões de reais¹¹⁹, quando terminará a eficácia desse Novo Regime Fiscal instituído.

Em sentido oposto a essa limitação de gastos, no mesmo período apontado acima a população brasileira tende a crescer até 2040 em 9%, dobrando a proporção de pessoas idosas, o que pressupõe uma maior necessidade de acesso aos serviços de saúde, aonde presenciará na primeira vez em sua história uma desaceleração demográfica, segundo a ONU¹²⁰.

Se hoje, o cenário encontrado na Rede de Atenção Pública financiado pelo SUS é considerado precário por muitos especialistas, o futuro provavelmente será muito

¹¹⁸ Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1>

¹¹⁹ Disponível em: <http://www.valor.com.br/internacional/4154720/crescimento-demografico-no-brasil-vai-desacelerar-em-2040-preve-onu>

¹²⁰ Disponível em: <http://www.valor.com.br/internacional/4154720/crescimento-demografico-no-brasil-vai-desacelerar-em-2040-preve-onu>

pior por falta de orçamento capaz de gerir e assegurar o acesso a saúde pelos cidadãos.

O objetivo geral desta dissertação foi a análise crítica da receita destinada a saúde na cidade de Salvador-Ba e sua relação com a doença diarreica infantil em virtude da ausência ou ineficácia da rede sanitária.

Deste modo, quatro aspectos analisados durante a pesquisa foram didaticamente sistematizados a fim de possibilitar a análise pormenorizada dos resultados encontrados e a sua devida reflexão crítica, são eles: saneamento básico, orçamento público da saúde, doença diarreica infantil como indicador de saúde e efeitos do novo regime fiscal no orçamento público.

Na sociedade atual, o saneamento deve ser visto como medida de saúde pública. Foi demonstrado durante esta dissertação a relação existente entre a ausência de uma prestação de serviço adequada de água e esgoto com os índices da doença diarreica infantil em Salvador-Ba.

Com efeito, a ausência de um tratamento de água eficiente aloca os recursos financeiros para a consequência, no lugar da correta disponibilização a qual certamente resolveria o impasse, qual seja a implementação do saneamento básico eficaz.

Os dados da Organização Mundial da Saúde reforçam o aqui exposto ao apontar a economia de USD: 4,3 dólares com as políticas de saúde para cada dólar gasto com saneamento básico¹²¹.

¹²¹ Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2014/11/484032-every-dollar-invested-water-sanitation-brings-four-fold-return-costs-un#.VG4JXW9-ze>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, Sérgio. **Política Social e Combate à Pobreza**. A teoria da prática. Rio de Janeiro : Zahar, 1988.

ANDRADE, L.O.M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São paulo:Husitec, 2006.

ANGÉLICO, João. **Contabilidade pública**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

ALEXY, Robert. **Teoria de los derechos fundamentales**. Trad. Ernesto Garzón Valdés. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1997. 607 p. Título original: Theorie der grundrechte.

BALEEIRO, Aliomar. **Uma introdução à ciência das finanças**. 15 ed. rev. e atualizada. Rio de Janeiro:Forense, 2001.

BANDEIRA, Lourdes. “Questão social”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.

BANDEIRA DE MELLO, Celso Antônio. **Eficácia das normas constitucionais sobre justiça social**. In Anais da IX Conferência Nacional dos Advogados. Tema: Justiça social. Florianópolis, 02.05.1982, p. 174-207.

BARZOTTO, Luis Fernando. **Justiça Social – Gênese, Estrutura e Aplicação de um Conceito**, in Revista da Procuradoria Geral do Município de Porto Alegre, nº 17, Porto Alegre: PMPA, 2003.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Teoria do Estado e ciência política**. 5. ed. atual. e ampl. São Paulo: Celso Bastos, 2002.

BENEVIDES, Maria Vitória. **A questão social no Brasil os direitos econômicos e sociais como direitos fundamentais**. Disponível em: <
http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/mariavictoria/benevides_questao_br_dhes_c.pdf>

BEZERRA FILHO, João Eudes. **Contabilidade pública: teoria, técnica de elaboração de balanços e questões**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

BIRDSALL, Stephen S. **Analysis of population age balance**. Nova Iorque: Wiley Library, 1980.

BOBBIO, Norberto. Quarta parte: Os direitos do homem hoje. In: **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

BOURDIEU, Pierre, **Langage et pouvoir symbolique**, Paris: Seuil, 2001.

_____ **La domination masculine**, Paris: Seuil, 1998.

_____ **La misère du monde**, Paris: Seuil, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. **Lei nº. 10.257, de 10 de julho de 2001**. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf >

CAMPOS, G.W.S. **Repensando o SUS**. Hucitec: São paulo, 1992.

CANOTILHO, J. J. Gomes et al. **Direitos Fundamentais Sociais**. In:_____. O direito constitucional como ciência de direção: o núcleo essencial de prestações sociais ou a localização incerta da socialidade (contributo para a reabilitação da força normativa da “constituição social”). São Paulo: Saraiva, 2010.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e da mudança**. Hucitec: São Paulo, 2005.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: **Uma crônica do salário**. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CASTEL, Robert. A insegurança social: **o que é ser protegido**. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

COUTTOLENC, Bernard F.; ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, vol. 10, 1998.

CUNHA JUNIOR, Dirley da; NOVELINO, MARCELO. **Constituição federal para concursos: doutrina e jurisprudência**. 6ª ed. Salvador: Juspodvm, 2015.

DALLARI, S.G. **Acesso, qualidade e humanização em saúde: responsabilidades do legislativo e do judiciário**. In. Caderno da 11ª conferência nacional de saúde, s/d, p. 57-81.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DEUBEL, André Noel R. **Políticas públicas**. Colômbia: Edições Aurora, 2002.

DWORKIN, Ronald. **Uma questão de princípio**. São Paulo: Martins fontes, 2000.

DYE, Thomas R. Policy Analysis. What governments do, why the do it, and what difference it makes. In: DYE, Thomas R. **Understanding public policy**. 11 ed. New Jersey: Prentice-Hall, 2005.

ENGEL, Cassio L. **As medidas de saúde coletiva: Os indicadores de Saúde**. Volume 1, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

ENGEL, Cassio L. **Estudos epidemiológicos**. Volume 2, Rio de Janeiro: Medyin, 2017.

FLEURY, Sônia M. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, nº. 4, pág. 400-417, out/dez, 1985.

FRANCO, O. **A História da Febre Amarela no Brasil**. Rio de Janeiro. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Ministério da Saúde, Brasília, 1969.

FRASER, Nancy, **Qu'est-ce la justice sociale ? Reconnaissance et Redistribution**. Paris: La découverte, 2005.

FREITAS, Mario Sebastião Nogueira de. **Uma releitura do orçamento público sob uma nova perspectiva histórica. Análise e dados**, Bahia, vol. 12, nº 4. Pág. 9-24, 2003.

GIACOMANI, James. **Orçamento público**. 6ª ed. revista e atualizada. São Paulo: Atlas, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

- GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, nº 6, 2006.
- HARVEY, David. A crise. In: **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. São Paulo: Boitempo, 2011.
- GONTIJO, Vander. **Origens do orçamento. Curso sobre processo orçamentário**. Câmara dos Deputados. Brasília, 2004.
- KRIEGER N. A glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, v. 5, n. 55, p. 693-700, 2001.
- KURZ, Robert. Perdedores Globais. In: **Os últimos combates**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LEVREFRE, F e LEVREVE, A.M. **Depoimentos e discursos**: Uma proposta de análise em pesquisa social. Série pesquisa, vol. 12, Brasília, 2005.
- LOCKE, John. **Segundo Tratado sobre o governo**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.
- LONGO, Carlos Alberto. **O processo orçamentário: tendências e perspectivas**. Revista economia política, vol. 14, nº 2, abr/jun. 1994.
- MACHADO JR., José Teixeira; REIS, Heraldo da Costa. **A Lei 4.320 comentada**. 30 ed. ver. Atual. Rio de Janeiro: IBAM, 2001.
- MARMOT, M. **Social determinants of inequalities**. Lancet, vol. 365, 2005.
- MARSHALL, Thomas H. Cidadania e classe social. In: MARSHALL, Thomas H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- MATIAS PEREIRA, José. **Finanças públicas: a política orçamentária no Brasil**. 2ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MATTOS apud MOTA, Sérgio Ricardo Ferreira. **Justiças Social, Tributária e Fiscal no Brasil: Uma busca imposta pela Constituição**, in Revista Tributária e de Finanças Públicas, v. 93, São Paulo: RT, Jul/2010.
- MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec: São Paulo, 2006.

MOOJEN, Guilherme. **Orçamento Público: estudos teóricos e práticos dos orçamentos estaduais do Brasil e da América do Norte**. Rio de Janeiro: Financeiras, 1959.

NIYAMA, Jorge K. **Exame de suficiência em contabilidade**. São Paulo: Atlas, 2001.

OFFE, Claus; LENHARDT, Gero. Teoria do Estado e Política Social. In: OFFE, Claus et al. **Problemas estruturais do Estado Capitalista**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud**. Boletín Epidemiológico 2001; 22(4): 1-5.

PAIM, J.S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de saúde coletiva, 2002.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos**. São Paulo: EDUSP, 1999.

PFEIFER, Mariana; ADAMS, José Rodrigo B. Afinal, o que é a questão social? **Revista de Trabajo Social**, Tandil, Argentina, FCH-UNCPBA, Ano 5, v. 4, nº. 7, Julho 2012.

PORCHMANN, Marcio. "Pobreza e Capitalismo", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013

RAPHAEL, Dennis. Social Determinants of Health: **Canadian Perspectives**. Toronto: Canadian Scholars Press Inc., 2004.

RODRIGUEZ, José Rodrigo. "Direito e proteção social: nova institucionalidade", in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013

ROSANVALLON, Pierre. **La nouvelle question sociale**. Repenser l'État-providence. Paris Seuil, 1995.

- SANCHES FILHO, Alvin Oliveira. “Políticas sociais”, in: IVO, Anete B. L. (Coord.), **Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social**. São Paulo: Annablume, 2013.
- SANCHES, Oswaldo Maldonado. **O ciclo orçamentário: Uma reavaliação à luz da Constituição de 1988**. Revista de administração pública, Rio de Janeiro, 1993.
- SANDEL, Michael. **El liberalismo y los limites de la justicia**. Madri: Gedisa, 2000.
- SANTOS, Wanderley G. dos. Cidadania e justiça: **a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Campus Ltda., 1979.
- SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- SCHWARTZMAN, Simon. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- SILVA, Lino Martins da. **Contabilidade governamental: um enfoque administrativo**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- SLOMISKI, Valmor. **Manual de contabilidade pública: um enfoque na contabilidade municipal de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, n. 16, p. 20-45, dez. 2006.
- TANCREDI, Francisco Bernardini; BARRIOS, Susana Rosa Lopez; FERREIRA, José Henrique Germann. **Planejamento em saúde**. 2 ed. São Paulo: FSP – USP, 2002.
- TAUIL, Pedro Luiz. Perspectivas de controle de doenças transmitidas por vetores no Brasil. **Revista da sociedade brasileira de medicina tropical**. Brasília: mai-jun, 2006.
- TELLES, Vera da Silva. Questão social: afinal do que se trata? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 10, nº 4, out/dez, 1996.
- VIANA. Arízio de. **Orçamento brasileiro**. 2 ed. Rio de Janeiro: Financieiras, 1950.
- VILASBÔAS, A.L.Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. Tese de doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

YOSHIDA, Consuelo Y. M.; RAMPAZZO, Lino (Coord.). **O direito e a dignidade humana: aspectos éticos e socioambientais**. Campinas, SP: Alínea, 2012.