

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Ilse Borba dos Santos

**POLÍTICA TRIBUTÁRIA E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO/RS**

Novo Hamburgo

2019

Ilse Borba dos Santos

**POLÍTICA TRIBUTÁRIA E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Orientador(a): Eduardo Bazzanella

Novo Hamburgo

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

Coordenador: Prof. Dr. Paulo Ricardo Zilio Abdala

Coordenador substituto: Prof. Dr. Rafael Kruter Flores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Santos, Ilse Borba dos.

Política Tributária e o Financiamento da Saúde Pública do município de Novo Hamburgo/RS. Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Gestão Pública UAB/UFRGS [manuscrito] / Ilse Borba dos Santos. – 2019.

15 f.:il.

Orientador(a): Eduardo Bazzanella; Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

ILSE BORBA DOS SANTOS

**POLÍTICA TRIBUTÁRIA E O FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA DO
MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO/RS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador : Aragon Dasso Júnior

Examinador : Rogério Faé

Orientador: Eduardo Bazzanella

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade de estar aqui neste momento, e que sempre ao longo de minha vida tem me fortalecido sempre para evoluir como ser humano, o que não é uma tarefa fácil, mas é gratificante quando enxergamos que conseguimos avançar um passo de cada vez.

Agradeço principalmente aos meus familiares pelo apoio dado durante a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Gestão Pública. Sem eles essa caminhada teria sido muito mais penosa e talvez não tivesse chegado ao final.

Aos professores e tutores que estiveram presentes ao longo do curso, dedicando seu tempo e talentos que possibilitaram a realização desse curso.

Pela parceria dos colegas, pela ajuda nos trabalhos em grupos e fóruns, pelas palavras de carinho nos momentos difíceis e pelo divertimento do grupo de whats up.

Agradeço em especial a excelente professora Christine da Silva Schröder que me mostrou que sempre podemos evoluir intelectualmente, profissionalmente e individualmente independente das condições ao nosso redor. Que atitudes simples modificam histórias.

RESUMO

O presente trabalho versa sobre as temáticas da Política Tributária com ênfase no Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) e o financiamento da Saúde Pública de Novo Hamburgo. Assim, partiu da seguinte pergunta de pesquisa: “Qual o percentual dos impostos definidos pela Política Tributária e pela Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dos três entes Federal, Estadual e Municipal foram aplicados no financiamento da Saúde Pública de Novo Hamburgo/RS em 2018?”. O objetivo central foi verificar o motivo do aumento do IPTU em 2018 e se esse tributo contribuiu para o financiamento da Saúde no município analisado nos percentuais mínimos estipulados por lei. A partir disso, se buscou conhecer a organização da Saúde Pública e os serviços que foram ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para os contribuintes de Novo Hamburgo. O resultado da pesquisa evidenciou a importância de todos os tributos para o financiamento do Sistema Único de Saúde e que o IPTU é um imposto que não pode ser sonegado, dessa forma contribuindo muito para efetivação dos serviços de saúde no município.

Palavras-chave: Política Tributária. IPTU. Sistema Único de Saúde (SUS). Financiamento da Saúde Pública.

ABSTRACT

This paper deals with Tax Policy issues with emphasis on the Tax on Urban Land and Property (IPTU) and the financing of Public Health in Novo Hamburgo. Thus, it was based on the following research question: "What percentage of the taxes defined by the Tax Policy and Law No. 141 of January 13, 2012 of the three Federal, State and Municipal entities were applied in the financing of Public Health of Novo Hamburgo/RS in 2018?". The central objective was to verify the reason for the increase of the IPTU in 2018 and if this tax contributed to the financing of Health in the municipality analyzed in the minimum percentages stipulated by law. From this, it sought to know the organization of Public Health and the services that were offered by the Unified Health System (SUS) to the taxpayers of Novo Hamburgo. The result of the research evidenced the importance of all taxes for the financing of the Unified Health System and that the IPTU is a tax that can not be waived, in this way contributes a lot to the effectiveness of the health services in the municipality.

Keywords: Tax Policy. IPTU. Unified Health System (SUS). Public Health Financing.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Receita de Impostos | 62 |
| Tabela 2: Execução das Receitas e Despesas Municipal em 2018..... | 63 |
| Tabela 3: Execução de Receitas e Despesas Estadual em 2018 | 64 |
| Tabela 4: Execução das Receitas e Despesas Federal em 2018 | 65 |
| Tabela 5: Recursos anual da União em 2018 | 65 |
| Tabela 6: Recursos para investimento da União em 2018 | 66 |
| Tabela 7: Percentual de Pagamentos realizados em 2018 nas três esferas | 67 |

QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1: Consultas na Atenção Básica..... | 55 |
| Quadro 2: Consultas da Atenção Especializada | 56 |
| Quadro 3: Estatísticas de Nascidos Vivos em Novo Hamburgo | 57 |
| Quadro 4: Cobertura vacinal em 2018 | 58 |
| Quadro 5: Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2018..... | 59 |
| Quadro 6: Mortalidade da população em geral | 60 |
| Quadro 7: Comparação entre municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo | 68 |
| Quadro 8: Comparação entre os recursos aplicados na Saúde pelos municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo no 6º Bimestre de 2018 | 70 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AB | Atenção Básica |
| AVC | Acidente Vascular Cerebral |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| CA | Câncer |
| CADIN | Cadastro Informativo das Pendências perante Órgãos e Entidades da Administração Estadual |
| CAUC | Cadastro Único de Convênios |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| DRC | Doenças Renais Crônicas |
| DST | Doença Sexualmente Transmissíveis |
| FMS | Fundo Municipal de Saúde |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HPV | Papilomavírus Humano |
| LDO | Lei de Diretrizes Orçamentárias |
| LOA | Lei Orçamentária Anual |
| PAS | Plano Anual de Saúde |
| PPA | Plano Plurianual |
| PMS | Plano Municipal de Saúde |
| RAS | Relatório Anual de Saúde |
| RDQA | Relatório Detalhado do quadrimestre Anterior |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (192) |
| SargSUS | Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão |
| SIOPS | Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UPA | Atendimento de Pronto Atendimento |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| IPTU | Imposto Sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana |

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1. | INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. | POLÍTICA TRIBUTÁRIA E FISCAL..... | 14 |
| 2.1 | OS TIPOS DE TRIBUTOS | 15 |
| 3. | ANÁLISE DOS MODELOS VERSUS IMPOSTO SOBRE PROPRIEDADE PREDIAL E TERRITORIAL URBANA (IPTU) | 20 |
| 4. | HISTÓRICOS DA SAÚDE COLETIVA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS..... | 27 |
| 4.1 | Princípios do Sistema Único de Saúde | 31 |
| 4.2 | Princípios Organizativos do Sistema único de Saúde..... | 31 |
| 5. | BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO E SUA ESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE | 34 |
| 5.1 | CONTROLE SOCIAL | 36 |
| 5.2 | ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | 37 |
| 5.2.1 | Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH) | 39 |
| 5.2.2 | Hospital Regina..... | 40 |
| 5.2.3 | Gestão da Secretaria de Saúde | 40 |
| 5.2.4 | Serviços contratados | 41 |
| 5.3 | ATENÇÃO PRIMÁRIA | 41 |
| 5.4 | REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA | 42 |
| 6. | FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 45 |
| 6.1 | Alocação de Recursos | 47 |
| 6.2 | Fundo Municipal de Saúde | 48 |

| | | |
|-----|---|-----------|
| 6.3 | Controle e Participação Social | 49 |
| 6.4 | Monitoramento e Avaliação do Plano Municipal de Saúde | 50 |
| 7. | ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA SAÚDE | 52 |
| 7.1 | ANÁLISE DOS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS E OS COEFICIENTES DE NATALIDADE E MORTALIDADE | 52 |
| 7.2 | ANÁLISES DOS TRIBUTOS QUE FINANCIARAM A SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO EM 2018 | 61 |
| 7.3 | COMPARAÇÃO ENTRE OS RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE PÚBLICA DOS MUNICÍPIOS DE NOVO HAMBURGO E DE SÃO LEOPOLDO | 68 |
| 8. | CONCLUSÃO | 73 |
| | REFERÊNCIAS..... | 75 |

1. INTRODUÇÃO

O intenso debate ocorrido no município de Novo Hamburgo em janeiro de 2018, sobre o aumento dos tributos que gerou muitas manifestações nas mídias sociais, foi o propulsor para a motivação de conhecer a lógica da política tributária e fiscal que é tão contraditória. O trabalho se desenvolveu em torno do problema da pesquisa, “Qual o percentual dos impostos definidos pela Política Tributária e pela Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dos três entes Federal, Estadual e Municipal foram aplicados no financiamento da Saúde Pública de Novo Hamburgo/RS em 2018?”. A partir disso, buscou-se uma nova visão dos tributos e sua aplicação na Saúde Pública do município Novo Hamburgo.

O estudo da Política Tributária justifica-se porque todos os cidadãos deveriam conhecer o seu funcionamento e identificar quais serviços são financiados pelos mesmos. No cenário atual, temos a ideia de que todos os tributos pagos estão sendo desviados para corrupção e não se tem noção dos valores aplicados nos serviços essenciais da saúde.

A Lei nº 141/12 garante a participação dos cidadãos no planejamento das ações de serviços de saúde e na prestação de contas, no entanto a maioria da população não exerce esse papel de co-gestor e agente fiscalizador. Esse estudo ampliará o conhecimento sobre os serviços que o gestor municipal está ofertando para os seus munícipes.

A metodologia utilizada para responder a problemática do estudo foi à pesquisa bibliográfica e documental que serviu de base para entender o tema que é objeto desta pesquisa.

Na pesquisa documental, as fontes foram os arquivos públicos, como os documentos oficiais de planejamento: Plano Plurianual (PPA), Lei Orçamentária Anual (LOA), Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Municipal de Saúde (PMS), Planejamento Anual de Saúde (PAS) e as leis vigentes sobre a Saúde e Política Tributária. O objetivo da pesquisa documental é analisar e interpretar os documentos disponíveis.

Na pesquisa bibliográfica, as fontes partem de material anteriormente publicado (livros, artigos de periódicos, trabalhos científicos, etc.), com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado com os materiais já produzidos.

Os objetivos específicos foram todos atingidos: a) conceituar e identificar dentro da Política Tributária quais tributos financiam a Saúde Pública; b) abordar a estrutura do Sistema Único de Saúde e os serviços que compõem a rede de Saúde Pública de Novo Hamburgo; c) analisar os instrumentos de prestação de contas para o Controle Social no período e confrontar se o valor da arrecadação tributária é repassado nos percentuais mínimos definidos pela legislação, sendo da União o valor empenhado no exercício anterior mais a variação nominal do PIB, Estado 12% e Município 15% na aplicação dos serviços essenciais de Saúde do município de Novo Hamburgo; d) verificar quais serviços foram prestados para os usuários do Sistema Único de Saúde em Novo Hamburgo; e e) apresentar a importância do financiamento do Sistema Único de Saúde e da participação da sociedade na construção dos instrumentos de planejamento.

No capítulo 2, contextualiza-se a origem dos tributos, como foi sua construção ao longo da história e quais tributos fazem parte do Sistema Tributário de Novo Hamburgo. Tributo é um termo genérico que é dividido em: imposto, taxas, contribuição de melhorias e Iluminação Pública. O Sistema Tributário Brasileiro teve como um dos seus pontos centrais a proposição de um modelo tributário que permitisse aumentar a capacidade de autofinanciamento dos governos, sempre que necessário.

No capítulo 3, amplia-se o conhecimento dos modelos apresentados por Dye (2010) em relação ao Imposto Sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU). Analisam-se as peculiaridades da administração tributária municipal e procura-se entender a motivação do aumento do IPTU aos contribuintes e como é realizada a base de cálculo sobre esse imposto. E também a relação entre governo e os cidadãos.

No capítulo 4, busca-se a história da Saúde Coletiva e a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil com destaque no histórico das principais políticas de saúde instituídas pelo SUS no Território Nacional. Também suas principais mudanças ao longo do tempo, compreendendo os desafios que o SUS enfrenta para

manter um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que compreende desde o atendimento mais simples, como por exemplo, a verificação da pressão arterial até o transplante de órgãos. O SUS assegura acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

No capítulo 5, é tecido um breve histórico sobre a emancipação do município de Novo Hamburgo, apresentando-se a estrutura que compõe a Saúde no município, buscando oferecer subsídios para compreensão dos serviços que necessitam do financiamento dos tributos e das dificuldades enfrentadas pelo governo local para manter os serviços essenciais da Saúde.

No capítulo 6, estuda-se como se efetiva o financiamento do Sistema Único de Saúde. Pesquisou-se a legislação vigente sobre os percentuais mínimos que devem ser aplicados por ente municipal, estadual e federal e como acontecem essas transferências de recursos. Também o papel do controle social na fiscalização dos instrumentos de gestão obrigatórios para que os recursos sejam encaminhados para o município.

No capítulo 7, analisa-se a prestação de contas do consolidado de 2018, apresentado no Conselho Municipal de Saúde em fevereiro de 2019. Esse relatório é muito importante, porque mostra se estão sendo atingidos os percentuais mínimos na aplicação dos recursos na saúde de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal e os serviços que foram prestados no período.

No capítulo 8, finaliza-se com as descobertas que a pesquisa proporcionou. Reconhece-se que é bastante complexa a tarefa de efetuar um estudo sobre a administração tributária municipal analisando apenas as características individuais da Saúde do município devido à sua grande dependência de recursos estaduais e federais que compõem o orçamento.

O Sistema Único de Saúde é a expressão concreta de uma história de luta pelo direito à saúde. Desta maneira, os serviços públicos devem ser planejados com o objetivo de promover e satisfazer o bem-estar de toda a sociedade. Através desse trabalho, buscam-se informações relevantes que aumentem o empoderamento do Controle Social e dos cidadãos para que possam identificar a transparência dos percentuais e valores aplicados, mas, principalmente, como podem participar da construção dos instrumentos de planejamento no município.

2. POLÍTICA TRIBUTÁRIA E FISCAL

A história dos tributos perde-se no tempo e está totalmente vinculada com a formação de sociedades complexas, pois a simples presença de uma coletividade pressupõe a necessidade de alguma contribuição solidária que propicie a sua continuidade.

A íntima relação entre a política tributária e a política fiscal fica evidente quando se analisa a evolução das instituições governamentais. O tributo sempre esteve na raiz das grandes transformações políticas e sociais da sociedade. A questão tributária é apenas um aspecto de outra questão política mais abrangente, relativamente aos fins do Estado (MARTON, 2011).

No Brasil, percebe-se que a decisão sobre essa política pública foi de cima para baixo, sendo a contribuição obrigatória através do artigo 3º da LEI nº 5.172,1966 que formaliza o Código Tributário Nacional (CTN), “tributo é toda prestação pecuniária compulsória, em moeda ou cujo valor nela se possa exprimir, que não constitua sanção de ato ilícito, instituída em lei e cobrada mediante atividade administrativa plenamente vinculada” (BRASIL, 1966).

No ano de 1988, a Constituição Federal definiu medidas constitucionais que regulamentam o Sistema Nacional Tributário e a sua distribuição nas três Esferas Municipal, Estadual e Federal. A população não é o sujeito político dessa política pública, o protagonista é o Governo que participa direta ou indiretamente das relações econômicas a partir de vários instrumentos dessa política.

Na Constituição Federal no Art. 150 definiram-se as limitações do poder de tributar e a sua legalidade:

Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios:

I - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça;

II - instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, proibida qualquer distinção em razão de ocupação profissional ou função por eles exercida, independentemente da denominação jurídica dos rendimentos, títulos ou direitos;

III - cobrar tributos:

a) em relação a fatos geradores ocorridos antes do início da vigência da lei que os houver instituído ou aumentados;

- b) no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou;
- c) antes de decorridos noventa dias da data em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou, observado o disposto na alínea b; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003).

Da mesma forma o Código Tributário Nacional em seu artigo 97 expressa também o princípio da legalidade tributária:

Art. 97. Somente a lei pode estabelecer:
I - a instituição de tributos, ou a sua extinção;
II - a majoração de tributos, ou sua redução, ressalvado o disposto nos artigos 21, 26, 39, 57 e 65;
III - a definição do fato gerador da obrigação tributária principal, ressalvado o disposto no inciso I do § 3º do artigo 52, e do seu sujeito passivo;
IV - a fixação de alíquota do tributo e da sua base de cálculo, ressalvado o disposto nos artigos 21, 26, 39, 57 e 65;
V - a cominação de penalidades para as ações ou omissões contrárias aos seus dispositivos, ou para outras infrações nela definidas;
VI - as hipóteses de exclusão, suspensão e extinção de créditos tributários, ou de dispensa ou redução de penalidades. § 1º Equipara-se à majoração do tributo a modificação da sua base de cálculo, que importe em torná-lo mais oneroso. § 2º Não constitui majoração de tributo, para os fins do disposto no inciso II deste artigo, a atualização do valor monetário da respectiva base de cálculo.

O poder de tributar compete à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios que poderão instituir os seus tributos desde que estejam dentro da legalidade tributária, que tem reflexo importante na atividade financeira do Estado. O Governo influencia diretamente na política fiscal que desempenha a atividade financeira nos aspectos : fiscal (visa a arrecadação) e extrafiscal (visa alterar o comportamento das pessoas).

2.1 OS TIPOS DE TRIBUTOS

Existem diversos tipos de tributos contemplados em nossa legislação e essas variáveis são úteis para que não venhamos a confundir imposto com tributo.

Tributo é um termo genérico, que se divide em cinco espécies tributárias, tendo inclusive o Superior Tribunal Federal (STF) adotado a teoria da pentapartição (VICTORIO, 2014):

1. Imposto não há nenhuma destinação específica, mas, em geral, financia a estrutura do Estado e seus serviços básicos, como educação, saúde e segurança.

2. **Taxas** vinculadas a contraprestação de um serviço público, como taxa do lixo ou taxa para emissão de passaporte.

3. **Contribuições de melhoria** de específico benefício ao contribuinte, como uma mudança urbanística que valorizou seu imóvel.

4. **Empréstimo compulsório** serve para atender a situações excepcionais, e só pode ser instituído pela União.

5. **Contribuição especial** é um tributo cujo resultado da arrecadação é destinado ao financiamento da seguridade social (assistência social, previdência social e saúde), de programas que impliquem intervenção no domínio econômico, ou ao atendimento de interesses da população.

De acordo com Mintzberg (1998), construir políticas é um processo de aprendizagem. Quando foi instituído o Sistema Tributário no município de Novo Hamburgo, contratou-se uma empresa do meio acadêmico, formado por técnicos que orientaram a construção da Lei nº 1031 de 24 de dezembro de 2003. Integram o Sistema Tributário de Novo Hamburgo de acordo com o art. 2:

I - Os Impostos:

- a) sobre a propriedade predial e territorial urbana - **IPTU**;
- b) sobre serviços de qualquer natureza - **ISSQN**;
- c) sobre a transmissão de bens imóveis e direitos a eles relativos, mediante ato oneroso "inter vivos" - **ITBI**.

II - As taxas:

- a) decorrentes da prestação de serviços vinculados ao exercício do Poder de Polícia do Município;
- b) decorrentes da utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos municipais, específicos e divisíveis, prestados ao sujeito passivo ou postos à sua disposição.

III - A Contribuição de Melhoria - CM.

IV - A Contribuição para Custeio da Iluminação Pública - CIP.

Os tributos são a principal forma de arrecadação que podem favorecer ou não o crescimento econômico do município. Nesse sentido, Domingues (2011, p. 26) frisa que “[...] como critério de graduação e limite do tributo, decorre dos sentidos absoluto e relativo da capacidade contributiva, sem o que não se dá à ideia de necessário mínimo à vida humana digna, nem se garante a propriedade privada contra a chamada confiscatoriedade tributária”, o que pode influenciar diretamente na liberdade do poder aquisitivo dos contribuintes.

Segundo Domingues (2011), as partes que compõem a política fiscal são:

Gastos do Governo (**G**), incluindo tudo, inclusive os subsídios;

Tributos (**T**), que são provenientes da arrecadação tributária;

O resultado entre G-T nos diz se a política fiscal atual é expansionista ($G > T$), contracionista ($G < T$) ou neutra ($G = T$). O gestor público tem que conhecer os impactos de suas decisões sobre o cenário econômico.

Sob esse ponto de vista, Lopes (2015) destaca que “com um aumento de impostos no crédito pessoal poderá acarretar no país uma retração no consumo e, conseqüentemente pode prejudicar as empresas que dependem das vendas para lucrar”. Com essa política fiscal, o preço do produto ou serviço ficará mais elevado, aumentando de forma exorbitante o custo de vida da população, além de proporcionar medidas drásticas para empresas como demissões, fechamento do estabelecimento ou acúmulo de produtos em estoque, isto é, um desequilíbrio em massa para a sociedade.

Nesse sentido, Di Pietro (2013, p. 219) destaca que “a Administração Pública dispõe de poderes que lhe asseguram posição de supremacia sobre o particular e sem os quais ela não conseguiria atingir os seus fins”. Porém esses poderes, no Estado de Direito, entre cujos postulados básicos se encontram o princípio da legalidade, são limitados pela lei, de forma a impedir os abusos e as arbitrariedades dos gestores públicos sobre os contribuintes.

Na política fiscal normalmente ocorrem, em paralelo ou simultaneamente, a elevação da carga tributária e a diminuição dos gastos públicos, evitando-se assim uma pressão inflacionária do mercado. Quanto a essa decisão, Reis (2018) ressalta que “nunca é fácil informar para a população que os impostos aumentarão ou que os

gastos do governo diminuirão”, porque essa decisão impacta diretamente na qualidade de vida da população, e no seu poder de compra. Mesmo que tenha benefício econômico no longo prazo, a sociedade não costuma receber bem estas informações.

De acordo com Santos (2009, p.61 apud MÉDICI, 1995), “a área da Saúde foi especialmente atingida, sofrendo uma redução de mais de 30% nos seus gastos, entre 1990 e 1992”. Entre as respostas, a crise é a palavra mais ouvida atualmente. E como justificativa da crise, os governantes aproveitam a oportunidade para realizar inúmeros cortes orçamentários na área da saúde. Dessa forma, Di Pietro (2013) ressalta que na escolha dos serviços públicos deve-se considerar a coletividade pública (a chamada *publicatio*) cujo objetivo é o de satisfazer a uma necessidade de interesse geral.

No próximo capítulo, analisam-se a composição dos valores do IPTU e os modelos conceituais apresentados por Dye (2010) que são: modelo institucional, que desempenha um papel fundamental diante das políticas públicas; o modelo de processo, que tem o reconhecimento de um problema, sua entrada para a agenda governamental, a identificação das alternativas, a busca por apoio para torná-la uma política legítima, a implementação da mesma e sua avaliação; outro modelo de Dye é o incrementalismo, que defende a continuidade de uma política pública de governos antecedentes, mas com mudanças que proporcionam novas perspectivas; e o último modelo é a teoria sistêmica, onde as políticas públicas têm origem no sistema político. Nesse sistema, as demandas dos cidadãos são *inputs* que saem do meio ambiente e entram no sistema político. Os *outputs* partem desse sistema e voltam para a sociedade no formato de política pública.

Outro fator analisado no próximo capítulo, são os quatro chapéus (MINTZBERG, 1998) que utilizamos em sociedade, que são: o consumidor; o cliente; o cidadão e o súdito. Como consumidores e cidadãos, gozamos de uma relação recíproca com o governo. Consumidores do governo recebem serviços diretos. Como súdito e cliente, nós temos relações mais claras com o governo. Sendo que para os súditos, a questão diz respeito a como eles devem agir frente aos controles dos governos sobre os governados. Para os clientes, que recebem serviços

profissionais, a questão diz respeito a como agir frente aos serviços que o estado deve prover.

3. ANÁLISE DOS MODELOS VERSUS IMPOSTO SOBRE PROPRIEDADE PREDIAL E TERRITORIAL URBANA (IPTU)

No intuito de aprofundar os modelos conceituais apresentados por Dye (2010) e Mintzberg (1998), escolhe-se o Imposto Sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) que assim como os demais impostos serve para custear os serviços públicos. Todos os impostos formam um caixa único e são direcionados percentualmente para cada um dos setores da administração pública, conforme prevê a legislação tributária.

Quando o gestor municipal resolve atualizar a base de cálculo do IPTU, não há a necessidade da edição de lei, podendo ser feito através de decreto, devendo respeitar o índice de correção monetária, conforme prevê a Súmula n.º 160 do STJ: “É defeso ao Município atualizar o IPTU, mediante Decreto, em percentual superior ao índice oficial de correção monetária”.

O IPTU é um tributo que incide sobre a propriedade imobiliária, incluindo todos os tipos de imóveis: residências, prédios comerciais e industriais, terrenos e chácaras, entre outros. A base de cálculo do IPTU é o valor venal do imóvel, sendo que o valor venal praticado pelo município de Novo Hamburgo é aquele fixado pela Planta Genérica de Valores elaborada em 2001, corrigida monetariamente pela variação do IPCA em cada exercício.

De acordo com o código Tributário de Novo Hamburgo (2003) destaca a composição do IPTU em 2018, definindo que são quatro fatores que compõem a base de cálculo desse imposto:

1. O tamanho do terreno,
2. A localização deste terreno na Planta Genérica de Valores,
3. A sua área construída,
4. A sua qualificação, ou seja, o tipo de acabamento desta construção.

O Decreto nº 8.614/2018 define que o reajuste do IPTU em 2018 foi de 2,71% correspondente à variação do IGP-M de 1º de agosto de 2016 a 31 de julho de 2017

que incidiu sobre todos os imóveis do município. Porém, com a atualização dos cadastros, ocorreram mudanças nos dados do imóvel como aumento da área construída, mudança da natureza do imóvel de territorial para predial ou vice-versa, desmembramentos e fusões de lotes, entre outros, podendo gerar aumento superior a este percentual ou até diminuir o valor.

Para os contribuintes que optaram pela Cota Única, com desconto de 15% sobre o imposto e vencimento em 22/01/2018, está sendo cobrados junto ao IPTU somente as Taxas de Limpeza Urbana e Manejo de Resíduos Sólidos. A Taxa de Prevenção de incêndio e a Taxa de Coleta de Lixo Domiciliar, que eram cobradas em anos anteriores, foram extintas com as últimas alterações no Código Tributário Municipal, realizadas em setembro de 2017.

As Taxas de Limpeza Urbana e Manejo de Resíduos Sólidos contemplam os serviços de coleta de lixo e outros serviços de limpeza urbana como remoção de resíduos sólidos, esgotamento sanitário, drenagem e manejo de águas pluviais, etc.

O valor da Taxa de Limpeza Urbana é calculado com base no custo anual dos serviços prestados no exercício anterior ao do lançamento, que será rateado entre os contribuintes, tendo como critério a área construída e a metragem do terreno e para imóveis edificados e para móveis não edificados, a conformidade com os dados constantes do Cadastro Imobiliário Fiscal. Em 2018, o valor do m² de área construída para os imóveis edificados é de R\$ 1,77 e R\$ 12,09 para o metro de testada para imóveis de natureza territorial.

A Taxa de Limpeza Urbana será devida por todos os proprietários ou possuidores de imóveis onde o serviço esteja disponível, inclusive isentos e imunes do imposto (IPTU). A nova taxa foi criada para atender à legislação federal e viabilizar o custeio dos serviços, bem como novos investimentos dos serviços.

No art. 3º do Código Tributário de Novo Hamburgo (2003), fica ressaltado que o IPTU tem um regramento específico dentro do Sistema Tributário de Novo Hamburgo, sendo que

Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana tem como fato gerador a propriedade, o domínio útil ou a posse de bem imóvel por natureza ou por acessão física, como definido na Lei Civil, situado nas áreas urbanas ou urbanizáveis do Município.

Parágrafo Único. Considera-se ocorrido o fato gerador no primeiro dia do exercício a que corresponde o imposto.

O Art. 7º O valor venal dos imóveis é determinado segundo critério de avaliação cadastral, levando-se em conta:
 I - Na avaliação do terreno, o valor unitário básico de metro quadrado de terreno padrão, relativo a cada face de quarteirão, ou de valor unitário básico de metro quadrado para a gleba, nos termos do anexo IV da presente Lei, a área real corrigida e a forma geométrica do imóvel.
 II - Na avaliação da construção, o valor unitário básico de metro quadrado de cada tipo, a área e a idade da construção, nos termos do anexo V da presente Lei.
 Parágrafo Único. O processo de avaliação, observado o disposto nesta Lei, será estabelecido por Ato do Executivo Municipal.

Identifica-se a predominância do modelo incremental (DYE, 2010), sendo que essa política pública é uma continuação dos governos anteriores e cada nível de governo fica responsável pela alteração das alíquotas, com o objetivo de incrementar a arrecadação fiscal. Nesse sentido, Costa (2012, p. 43) destaca que “[...] no contexto tributário, emana a própria diretriz da função social da propriedade, porquanto o dever de contribuir para a sustentação do Estado, na medida das possibilidades econômicas do sujeito, consubstancia um elemento constitutivo desta função”.

Um aspecto positivo, ao considerar-se o IPTU como um imposto de grande relevância na formação de receita própria dos municípios, é a esperança de que esse tributo sirva como instrumento de realização de projetos de impacto social, fornecendo serviços de saúde com qualidade, observando-se os princípios constitucionais tributários. Sendo que igualdade tributária formal se apresenta na incidência do imposto e deve ser aplicada indistintamente entre os contribuintes, não podendo haver qualquer tipo de discriminação (PETER, 2016).

O princípio da igualdade encontra previsão na Constituição Federal (BRASIL, 1988) no caput do artigo 5º, no inciso I deste dispositivo e no campo tributário a previsão está disposta no artigo 150, inciso II, que estabelecem:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: I - homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações, nos termos desta Constituição;
 Art. 150. Sem prejuízo de outras garantias asseguradas ao contribuinte, é vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios: I - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça; II - instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, proibida qualquer distinção em razão de ocupação profissional ou função por eles exercida, independentemente da denominação jurídica dos rendimentos, títulos ou direitos;

Analisando a política tributária e fiscal do ponto de vista de Mintzberg (1998), sobre os “chapéus” que representam para a comunidade local identifica-se o chapéu de súdito. Nesse sentido, MARTON (2011) destaca que a relação entre os súditos e os governantes sempre esteve na dependência de concepções religiosas. Nessa perspectiva, a soberania era atributo do monarca. Sendo que já na Antigüidade afirmava-se que a soberania pertencia ao povo e do poder do governante teria sua origem na vontade dos súditos. Os tributos compulsórios que os governantes têm exigido de seus súditos no decorrer dos tempos amoldaram-se às peculiaridades das épocas e dos locais. O princípio da capacidade contributiva é um conceito econômico e de justiça social, verdadeiro pressuposto da lei tributária.

Dye frisa que “[...] políticas e despesas são considerados como ponto de partida, e a atenção é concentrada sobre novos programas e políticas e sobre acréscimo, decréscimos ou modificações nos programas em vigor” (2010, p. 115). A teoria da opção pública encaixa-se perfeitamente na ideia de que o governo deve exercer certas funções que o mercado não consegue desempenhar. É a partir deste cenário tributário e fiscal que os interesses de poder que estão em jogo são motivados pelo aumento da arrecadação no município, inibindo a participação do coletivo na formulação dessa política, por existirem conflitos de interesses nessa relação.

No artigo 32 do CTN, há a definição da hipótese de incidência do IPTU:

Art. 32 O imposto, de competência dos Municípios, sobre a propriedade predial e territorial urbana tem como fato gerador a propriedade, o domínio útil ou a posse de bem imóvel por natureza ou por acessão física, como definido na lei civil, localizado na zona urbana do Município.

§ 1º Para os efeitos deste imposto, entende-se como zona urbana a definida em lei municipal; observado o requisito mínimo da existência de melhoramentos indicados em pelo menos 2 (dois) dos incisos seguintes, construídos ou mantidos pelo Poder Público:

I - meio-fio ou calçamento, com canalização de águas pluviais;

II - abastecimento de água;

III - sistema de esgotos sanitários;

IV - rede de iluminação pública, com ou sem posteamento para distribuição domiciliar;

V - escola primária ou posto de saúde a uma distância máxima de 3 (três) quilômetros do imóvel considerado (BRASIL, 1966).

O governo utiliza o valor venal dos imóveis como base de cálculo do IPTU, com alíquota progressiva a partir de 3% (três por cento) até 15% (quinze por cento), nos termos da Lei Federal nº 10.257, de 10/07/2001 e lei específica municipal. Isso

quer dizer que esse imposto é pago de acordo com o valor pelo qual ele pode ser comercializado (valor de mercado), conforme dados do cadastro da Secretaria da Fazenda, referentes à área do terreno, área construída, dentre outros parâmetros.

A base de cálculo serve para mensurar determinado valor sobre o qual irão recair as alíquotas do imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana e assim quantificar o valor efetivo do tributo. O IPTU possui dupla função e ao exercer uma delas não exclui a outra, apenas há prevalência de uma finalidade em relação à outra. O CTN em seu artigo 33 estabelece o seguinte:

Art. 33. A base do cálculo do imposto é o valor venal do imóvel. Parágrafo único. Na determinação da base de cálculo, não se considera o valor dos bens móveis mantidos, em caráter permanente ou temporário, no imóvel, para efeito de sua utilização, exploração, aformoseamento ou comodidade.

Todavia, no contexto geral mostra-se que o modelo da “opção pública é o estudo econômico de tomada de decisão fora do âmbito do mercado” (DYE, 2010, p.122). No mês de abril de 2017, iniciou-se o recadastramento, que não era realizado no município desde 1997. Estima-se que 60% dos imóveis sofrerão a atualização da metragem que resultará na correção do valor do IPTU. Conforme destaca a coordenadora Roberta da Seduh “a alteração no valor do IPTU é pela metragem. “Estamos atualizando a metragem, não é um aumento do imposto” (JORNAL NH, 2017).

A Prefeitura de Novo Hamburgo encaminhou no início de 2018 o boleto do IPTU. Acompanhou-se nas mídias sociais que muitos contribuintes mostravam-se indignados com o valor exorbitante apresentado. Devido à atualização do cadastro do imóvel, o aumento real dos valores ficava na faixa de 2,71% até 300%. Os contribuintes ainda reclamavam do curto prazo para o pagamento, visando angariar o desconto de 15%.

Aliás, a falta de participação popular favorece a ignorância sobre a destinação do IPTU, fazendo com que alguns contribuintes relacionem o imposto com a falta de manutenção das vias públicas. “Fortalecimento da democracia participativa, com a previsão de inúmeros instrumentos de participação do cidadão no controle e na gestão de atividades da Administração Pública, o que nem sempre se efetiva na prática” (DI PIETRO, 2013, p.30). No sentido de melhor expor o assunto, seria

interessante que os cidadãos pudessem ter acesso à educação fiscal, contribuindo com essa política pública.

No entanto, a Constituição Federal determina o destino obrigatório de uma parte dos impostos pagos às prefeituras, entre eles o IPTU: de 25% do total arrecadado deve ser aplicado na Educação e outros 15% diretamente na Saúde. Destaca-se que esse é um percentual mínimo, não o teto de investimento.

Kohama enfatiza que os “serviços públicos devem ser organizados com a finalidade de harmonizar sua atividade, de forma que atinja o objetivo de promover e satisfazer o bem comum” (2013, p. 1). A política tributária e fiscal pode alterar ou reduzir a realidade dos cidadãos de Novo Hamburgo, sendo que dois pontos devem ser levados em consideração nessa análise, que são: o próprio sistema tributário e o retorno em benefícios para o cidadão.

Por outro lado, verifica-se que os contribuintes são, sem dúvida, prejudicados quando se falam de investimentos em saúde, segurança, educação e outras áreas importantes. O modelo da opção pública também contribui para que o desembolso real do brasileiro seja ainda maior, já que por não ter acesso a serviços públicos de qualidade, precisa pagar particularmente por escola, consultas médicas e outros serviços, isso se tiver condições financeiras de fazê-lo. Essa realidade é cruel, limita ainda mais o poder de consumo da população, e amplia ainda mais as desigualdades. Os programas governamentais, em sua maioria, oferecem “bens quase públicos” que beneficiam mais alguns grupos na sociedade do que outros. No caso do IPTU, nem todos os beneficiados são contribuintes, sendo que os custos desses benefícios são repartidos entre todos os contribuintes (DYE, 2010).

O governo equilibra-se no modelo de opção pública, entre as reivindicações de maior presença dos poderes públicos no fornecimento de bens e serviços e a oposição feita por aqueles que terão que pagar por isso. Segundo Marton (2011), há uma contínua tensão na sociedade e esses conflitos devem ser resolvidos no interior da própria sociedade, com observância dos princípios ditos democráticos.

De acordo com o artigo 165 da Constituição Federal , o planejamento orçamentário, sempre de iniciativa do Executivo , dá-se de três modos distintos : o plano plurianual , as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual . É a partir da previsão de arrecadação anual que é elaborado o Orçamento Público, um contrato

de compromisso do Estado com a realização de despesas previstas nesse documento.

Aliás, a falta desses pressupostos essenciais, pertinentes ao processo de planejamento-orçamento integrado, aliada à sistemática orçamentária em uso, em que, em face da adoção de procedimentos visando a uma margem de segurança efetiva, na estimação das receitas, que geralmente é subestimada, acaba por provocar a fixação de dotações na lei do orçamento, em níveis inferiores aos necessários (KOHAMA, 2013, p. 216).

Para assegurar o planejamento global, Bercovici (2006) destaca que a realização do plano depende de previsão orçamentária para os investimentos públicos, e que para o imposto arrecadado não se perder no meio do caminho, são elaboradas previsões de gastos de médio e longo prazo, inseridos na Lei do Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA). O processo político é essencial para que o governo possa alocar recursos com inteligência nas áreas de saúde, educação, segurança e promover a manutenção do governo.

Dessa forma, deve-se observar o princípio da isonomia tributária no momento da imposição do imposto para que ocorra uma tributação justa, respeitando todos os contribuintes e identificando desigualdades que podem ensejar tributação diferente, para que a carga tributária seja distribuída e repartida dentro da sociedade de forma isonômica (PETER, 2016).

A questão que se apresenta em relação aos tributos é que não se discute a necessidade de sua existência e sim a forma como são arrecadados e distribuídos coletivamente e nesse tocante é inegável o uso do nosso Chapéu de Súditos. Mudar essa condição requer um esforço coletivo em busca de atitudes mais racionais e participativas.

No próximo capítulo, apresenta-se parte da história da Saúde Coletiva no Brasil, de forma cronológica e com destaque sobre as principais políticas implementadas e a construção do Sistema Único de Saúde.

4. HISTÓRICOS DA SAÚDE COLETIVA E A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

No presente capítulo, pretende-se apresentar de forma geral uma breve evolução histórica da construção do SUS. De acordo com Polignano (2011), seguindo em ordem cronológica as principais implantações das Políticas de Saúde:

- 1980: instituem-se o Movimento Sanitarista Nacional, que foi de importância ímpar ao entendimento de saúde pública, do conceito de saúde e também da evolução do direito à saúde no Brasil e a Reforma Sanitarista, que produziram um documento chamado Saúde e Democracia, enviado para aprovação do Legislativo;
- 1986: realizou-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde nesse ano. Pela primeira vez na história, foi possível a participação da sociedade civil organizada no processo de construção do que seria o novo modelo de saúde pública brasileiro. Essa conferência foi tão importante, desde o seu tema – “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, que teve como resultado uma série de documentos que basicamente esboçaram o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1988: criou-se a Constituição Federal, que determina que o Sistema de Saúde Pública deva ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil;
- 1990: o Sistema Único de Saúde foi regulado posteriormente pela lei 8.080, onde estão distribuídas todas as suas atribuições e funções como um sistema público e pela lei 8.142, também de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade, gestão e financiamento do SUS;
- 1992: foi estabelecida a Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992) que dá as diretrizes do SUS com o Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde;

- 1993: ocorreram à descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);
- 1994: desenhou-se a Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades, com o trabalho voltado para a promoção e prevenção de doenças;
- 1995: destacou-se a Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS que atua nas três esferas do poder executivo;
- 1996: concedeu-se o acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/AIDS e redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal;
- 1997: ocorreu a criação do Piso de Atenção Básica (PAB) – repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde e a criação do Disque Saúde;
- 1998: criou-se o Sistema Nacional de Transplantes e o Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue;
- 1999: destaca-se a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos e a Política Nacional dos Medicamentos Genéricos;
- 2000: implanta-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regulamenta o setor privado de saúde e se aprova a Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;
- 2001: consolida-se a Lei n.º 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas Portadoras de Transtornos Mentais;
- 2002: destaca-se a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde e também as Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências;

- 2003: implanta-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Também o programa “De Volta para Casa” contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica;
- 2004: os destaques foram para as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS, Saúde do Trabalhador e o programa “Brasil Sorridente”, que tem um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Já o programa “Farmácia Popular do Brasil” fornece medicações aos usuários do SUS. Nesse ano criaram a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRAS);
- 2005: consolidou-se a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e foi instituída a obrigatoriedade da publicação do Plano Nacional de Saúde;
- 2006: ocorreram os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas, o que foi um importante marco para o planejamento da saúde em todas as esferas. Também se consolidou a política de Saúde da Pessoa Idosa;
- 2007: a Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo ganha destaque em todo o território nacional. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz;
- 2008: o destaque foi a ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde;
- 2009: ocorreu o lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1 e institucionalizou-se a Política Nacional de Saúde do Homem. Houve a inauguração do primeiro centro de estudo para produção de células-tronco;
- 2010: destacam-se a criação do primeiro Cadastro Nacional de Pesquisas Clínicas realizadas em seres humanos, a Universidade Aberta do SUS e a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena;
- 2011: consolidou-se a Estratégia Rede Cegonha que cuida da linha de cuidado materno infantil. Regulamentou-se a Lei n.º 8.080, de 19/9/1990, que dispõe

sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Também criou-se o Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis que acomete muitos usuários do SUS e se instituiu a regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Por fim, consolidou-se o programa Saúde Não Tem Preço;

- 2012: aprovou-se a Lei Complementar nº 141, de 2012 que regulamenta a EC nº 29 de 2000 e a sua aplicação implicou-se em mudanças significativas nos procedimentos que eram adotados pelos entes federados;
- 2013: aprovou-se a Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento do Sistema Único de Saúde.

Na incessante luta pela implantação do Sistema Único de Saúde, Baptista (2007) realça que a 8ª CNS resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, mas o mais importante foi ter formado as bases para a seção Da Saúde (artigo 196 até o artigo 200) na Constituição de 1988, constituindo um marco na história da saúde pública brasileira ao definir, como já mencionado, a saúde como "direito de todos e dever do Estado" e imprimindo ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço.

Dessa forma, Temporão (2017) ressalta que "Saúde Coletiva é aprender a viver com a diversidade e a coletividade podendo errar, mas nunca mudando o caminho que é para uma sociedade mais justa". O SUS foi criado numa época em que o mundo questionava o papel do Estado como provedor de saúde, enquanto, no mundo, o mercado era a solução para os problemas. Construir o SUS num país de tentas desigualdades sociais, com muitas dificuldades e na contramão das tendências mundiais, foi um momento histórico de grande luta.

Um Sistema Único de Saúde, gratuito para todo o cidadão, com serviços de qualidade e ampliando o acesso de atendimento público de saúde para toda a população, representa uma grande conquista. Os princípios do SUS defendem que a saúde é um direito de cidadania para todos os brasileiros.

4.1 PRINCÍPIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, elas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

4.2 PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle

e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do comando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia a dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Conforme evidencia o Manual do Gestor SUS (2016), o desafio está em interagir com a pluralidade dos grupos e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse Sistema. Para tanto, identificamos que o gestor do SUS é o mediador em diferentes planos e espaços onde se exige desenvolver uma capacidade de compor entendimento sobre suas responsabilidades e a corresponsabilização daqueles que compartilham de suas ações. Nesse sentido o imperativo para Ser Gestor (a) do SUS, se configura na atuação cotidiana de mediação a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação, seja no nível central do sistema, sejam com a equipe que o apoia.

Desta maneira, torna-se imperativo ressoarmos aos quatro cantos que o “SUS É DE TODOS E PARA TODOS”, sempre com muita ênfase, muito mais do que na época em que os artífices e fundadores de nosso sistema público de saúde o idealizaram. Ser Gestor (a) do SUS é manter diálogo permanente com o profissional de saúde, entendendo-o como o ator principal na consolidação das práticas de saúde do município e com os usuários do sistema.

Esta pesquisa identifica as diretrizes definidas Brasil (1990), sendo consideradas como despesas com ações e serviços de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As diretrizes que devem ser consideradas simultaneamente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para definição das ações e serviços de saúde são aquelas que:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (CONASS, 2012).

Apesar dos avanços alcançados, ainda são grandes os desafios que surgem na gestão da saúde no SUS, tema sempre presente nas discussões dos Gestores de Saúde com a sociedade. A eficácia na gestão desse sistema pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros suficientes, a organização dos serviços com pessoal capacitado para um atendimento de qualidade para os usuários do SUS.

Trata-se, portanto, do desafio que consiste em compor uma equipe dirigente capaz de produzir assessoria técnica e operacional no campo do planejamento, das intervenções comunitárias e da gestão de equipes e coletivos. Mas esse é um desafio que se deve perseguir, visando qualificar a gestão do sistema em todas as suas frentes de trabalho e oportunidades. O SUS nos remete a resolver problemas emergenciais cotidianamente, colocando em risco a possibilidade de viabilização de ações estruturantes para o sistema (MANUAL DO GESTOR SUS, 2016).

O Brasil mudou de patamar na saúde pública e os avanços são inegáveis, como a erradicação da paralisia infantil, referência mundial em vacinação da população, com os serviços de transplantes e outros serviços de alta complexidade.

No tocante à legitimidade dos tributos analisar-se-á a composição da saúde no município de Novo Hamburgo e qual o percentual é aplicado na saúde.

5. BREVE EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO MUNICÍPIO DE NOVO HAMBURGO E SUA ESTRUTURA DA REDE DE SAÚDE

Com o intuito de pesquisar sobre o destino do Imposto Sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU), escolhe-se a Saúde de Novo Hamburgo para analisar o impacto que desse tributo sobre os serviços essenciais. No Plano Municipal de Saúde (PMS, 2018/2021) destaca-se que as condições de saúde de um povo não dependem exclusivamente dos serviços de saúde, mas, principalmente, das condições sócio-econômicas em que vive a população.

No PMS, com o auxílio do historiador Leopoldo Petry, fica revelado o processo de construção e emancipação do município de Novo Hamburgo, o qual se dividiu em quatro períodos:

1. Desde a sua fundação, até o início do tráfego ferroviário entre Novo Hamburgo e Porto Alegre (1824 a 1876);
2. Desde o início do tráfego ferroviário até o começo da industrialização (1876 a 1900);
3. Desde o início da industrialização até a emancipação (1900 a 1927); e
4. Desde a emancipação até por volta de 1950.

Do final da década de 50 até hoje, o município passou por mais dois grandes momentos, que foi de 1945 a 1970, período que precede o seu ingresso no ramo de exportação de calçado e de 1970 aos dias de hoje, período que marca definitivamente a consolidação e a expansão da indústria calçadista no mercado nacional e principalmente internacional. Essa vocação industrial sofre duramente, com a quebra do setor coureiro-calçadista, a partir da segunda metade da década de 1980 e início da de 1990, quando inicia a diversificação da economia, com a ampliação do comércio local e importante crescimento do setor de serviços.

A construção de Novo Hamburgo deu-se com a colonização alemã em 1824. Conhecida como Hamburg Berg (Morro dos Hamburgueses) e posteriormente chamado de Hamburgo Velho (1919), foi o local onde se instalaram os primeiros moradores que formaram o núcleo inicial da cidade.

Já em 1850, se destacava como um centro comercial importante que comprava os produtos das colônias de Dois Irmãos, Campo Bom, Sapiranga e Taquara, entre outros municípios, para serem revendidos em Porto Alegre, que por sua vez, fornecia as mercadorias de que careciam os fregueses dessas localidades.

No ano de 1875, Hamburg Berg foi elevado à categoria de Distrito e a zona que se estende do Arroio de Portão até as divisas de Sapiranga, compreendendo todo o território do primeiro e o segundo Distritos deste município. Recebeu, nesta época, o nome de Nossa Senhora da Piedade de Hamburg Berg, formando então o quarto Distrito de São Leopoldo, cidade-sede e que mantinha o controle político, administrativo e geográfico da região, hoje denominada Vale do Sinos. Porém, essa denominação não conseguiu tornar-se popular e ficou restrita aos documentos oficiais. Com o tempo voltou-se a usar a denominação antiga.

Um importante marco em 1876 foi à conclusão do trecho da estrada de ferro entre Novo Hamburgo e São Leopoldo, que ligava Porto Alegre a estas localidades. Nesse mesmo ano a parte final da ferrovia, que iria de Novo Hamburgo até Taquara, não pode ser concluída por falta de recursos financeiros, sendo construída até as proximidades da então estação ferroviária. A esse local os ingleses, responsáveis pelo empreendimento, deram o nome que originou a atual nomenclatura da cidade: NOVO HAMBURGO.

Nesse período a utilização do trem como meio de transporte foi extremamente favorável para o desenvolvimento e afirmação do comércio na zona colonial. Entretanto, a conclusão do ramal férreo para Taquara em 1889 teria diminuído em parte a sua importância econômica, com a perda dos mercados servidos pela nova linha, se não tivesse sido iniciada a sua industrialização.

No final do século passado, se iniciou a produção e o comércio de calçados, em bases modernas, ao mesmo tempo em que se dava impulso à produção de artigos de couro. Essas indústrias calçadistas já exploradas há muito tempo, porém em reduzida escala, se desenvolveram rapidamente em Novo Hamburgo, que foi se transformando em um dos centros industriais de maior projeção no Estado.

A partir desse crescimento histórico, e após muita luta, o novo centro industrial acabou se emancipando de São Leopoldo, no dia 05 de abril de 1927. Esse advento foi decisivo para o progresso da indústria e do comércio da cidade, que, com o decorrer dos anos seguintes, foi cada vez mais se especializando nestas atividades, a ponto de ingressar no mercado internacional em 1967, através das exportações de calçados.

Esse impulso econômico e social levou o município a ser atualmente uma das principais cidades em arrecadação da região do Vale do Sinos e do Rio Grande do Sul, mas o desenvolvimento obtido trouxe também inúmeros desequilíbrios sociais, provocados pela intensa migração que, com a crise dos anos 80 e 90, antes referida, gerou desemprego e com isso enormes dificuldades para essas pessoas vindas, principalmente do interior e da zona rural do Estado, em busca de empregos e melhores condições de vida.

No ano de 2010, o censo havia levantado uma população de 238.940 pessoas em Novo Hamburgo, sendo que seis anos depois, em 2016, essa estimativa do IBGE passou para uma população de 249.113 habitantes, apontando um aumento real de 4,25% neste período.

5.1 CONTROLE SOCIAL

Novo Hamburgo possui inúmeras entidades representativas da comunidade atuando na luta por melhores condições de vida das camadas sociais mais vulneráveis. Essas entidades denominam-se: Organização não Governamental (ONG), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e Instituições Religiosas ou Filantrópicas, que atuam no movimento comunitário e social, onde procuram buscar defender a cidadania dos moradores.

Essa representação da sociedade civil organizada organizou os Conselhos Municipais que são órgãos colegiados que atuam de forma consultiva ou deliberativa e fiscalizadora das políticas públicas, qualificando-as tanto mais quanto for sua organização. Os Conselhos criados em Novo Hamburgo são: Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Conselho Municipal de Defesa do Consumidor, Conselho Municipal Pró-geração de Emprego e Renda, Conselho Municipal de Educação, Conselho Municipal de Turismo, Conselho Municipal Gestor de Habitação de Interesse Social, Conselho Municipal dos Direitos e Cidadania do Idoso, Conselho Municipal de Entorpecentes, Conselho Municipal de Proteção ao Meio Ambiente, Conselho Municipal de Saneamento Ambiental,

Conselho Municipal de Transportes, Conselho Municipal de Desporto, Conselho Municipal da Juventude, Conselho Municipal da Igualdade Racial, Conselho Municipal do Desenvolvimento, Conselho Municipal de Economia Solidária e Conselho Municipal de Política Urbana. Todos eles representam o controle social junto às esferas do governo municipal.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão essencial na estrutura gerencial dos serviços de Saúde, criado pela Lei Municipal 147/92, de dezembro de 1992, e reformulado pela Lei Municipal 43/96, de junho de 1996, alterada pela Lei Municipal 1.539/2007, de 15 de janeiro de 2007, e emenda de 12 de março de 2007, em conformidade com a Lei Federal 8.142/90 e a Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde. O CMS é de caráter permanente e tem o papel de deliberar e fiscalizar a política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiro, propondo e aprovando diretrizes para a sua formulação, e aprovando os Relatórios de Gestão Municipais de Saúde (RGMS) (Plano Municipal de Saúde 2018).

Outras entidades, associações e fundações sem fins lucrativos compõem a vida do município beneficiando a sociedade hamburguense com ações sociais em saúde, desenvolvimento, educação, desporto, cultura, entre outras.

5.2 ESTRUTURA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

De acordo com a Lei Municipal nº. 2985/2017, de 06 de janeiro de 2017 (Art. 10) fica estabelecida como competência da Secretaria Municipal de Saúde:

[...] desenvolver e executar as políticas e os planos e programas na área da saúde no âmbito do Município, voltados para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, prestando-lhe assistência, mantendo serviços na lógica da atenção integral, por meio da atuação de equipe multiprofissional; executar o processamento e realizar a receita e a despesa da pasta, no Município, respondendo seu titular como gestor e ordenador geral da despesa na área da saúde e do Fundo Municipal de Saúde; distribuir medicamentos e exercer a fiscalização da saúde mediante o desenvolvimento de ações e serviços para a promoção, prevenção e assistência, planejados a partir da avaliação epidemiológica e socioeconômica, considerando as especificidades locais; promover ações de Educação Permanente em Saúde, objetivando a autonomia dos usuários, seus grupos familiares e comunidade; bem como dar execução às determinações e diretrizes estabelecidas pelo Prefeito Municipal e tudo o mais inerentes aos encargos legais e atribuições pelo mesmo delegadas.

A referida lei municipal também define a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde compreendendo as seguintes unidades administrativas:

I – Administração Central

- a) Chefia de Gabinete
- b) Gerência de Gestão do Fundo Municipal de Saúde
 - 1. Departamento de Controle
 - 2. Departamento de Contabilidade
 - 3. Departamento de Convênios e Contratos
 - 4. Departamento de Prestação de Contas
- c) Gerência da Ouvidoria do SUS
- d) Gerência de Informática

II – Diretoria de Saúde

- a) Coordenadoria Geral de UBS's
- b) Coordenadoria da Central de Marcação de Consultas
- c) Gerência de Atenção Integral à Saúde
 - 1. Departamento da Saúde da Mulher
 - 2. Departamento da Saúde da Criança e do Adolescente
 - 3. Departamento da Saúde da Pessoa Idosa
 - 4. Departamento de Saúde Bucal
 - 5. Departamento da Saúde do Homem
 - 6. Departamento de DST/HIV/AIDS e Doenças Infectocontagiosas
 - 7. Departamento de Humanização
 - 8. Departamento de Práticas Integrativas e Complementares
- d) Gerência de Vigilância em Saúde
 - 1. Departamento de Vigilância Sanitária
 - 2. Departamento de Vigilância Epidemiológica
 - 3. Departamento de Vigilância Ambiental
 - 4. Departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador e DANTS
- e) Gerência de Média e Alta Complexidade
 - 1. Departamento de Média e Alta Complexidade
- f) Gerência de Assistência Farmacêutica
 - 1. Departamento de Assistência Farmacêutica
- g) Gerência de Saúde Mental
 - 1. Departamento de Gestão dos CAPS
 - 2. Departamento de Gestão da Oficina de Geração de Trabalho e Renda

III – Diretoria Administrativa

- 1. Departamento de Administração e Protocolo
- 2. Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos
 - a) Gerência de Regulação, Auditoria, Monitoramento e Avaliação
 - 1. Departamento de Regulação
 - 2. Departamento de Auditoria
 - 3. Departamento de Informações em Saúde
 - 4. Departamento de Monitoramento e Avaliação
 - b) Gerência de Logística
 - 1. Departamento de Patrimônio
 - 2. Departamento de Transportes
 - c) Gerência da Central de Marcação de Consultas

Para a operacionalização da Assistência Integral à Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde conta com o apoio de outras instituições públicas e privadas.

5.2.1 Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH)

A principal apoiadora é a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH) que foi criada em 19 de maio de 2009, mediante a transformação da Autarquia Municipal Hospital Municipal de Novo Hamburgo em Fundação Estatal com personalidade jurídica de direito privado, conforme disposto na Lei Municipal nº 1980/2009, de 19 de maio de 2009. De acordo com Estatuto, a FSNH é uma entidade jurídica sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira. Integra a Administração Indireta do Município de Novo Hamburgo, está sujeita ao regime jurídico próprio das entidades privadas sem fins lucrativos e de assistência social e segue a Lei Municipal Nº 1980/2009 no que se refere aos direitos e obrigações civis, comerciais, trabalhistas, tributárias e fiscais.

A FSNH é responsável pela gestão dos seguintes serviços entre estabelecimentos e programas de saúde:

- 1 Hospital com 225 leitos;
- 1 Serviço de Atenção Domiciliar – SAD/Melhor em Casa;
- 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPAs);
- 14 Unidades de Saúde da Família, totalizando 36 Equipes de Saúde da Família (USFs);
- 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS Canudos e UBS Santo Afonso);
- 1 Laboratório de Análises Clínicas;
- 2 Centros de Diagnóstico por Imagem – Ecografia e Mamografia;
- 1 Base SAMU – 1 ambulância de suporte avançado, 2 ambulâncias de suporte básico e 1 viatura de transporte rápido;
- 5 Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS, sendo um CAPS Infantil e 1 CAPS Álcool e Drogas;
- 1 Oficina de Geração de Renda;

- 1 Unidade de Acolhimento Adulto.

5.2.2 Hospital Regina

Outro parceiro importante é o Hospital Regina, que é um Hospital privado filantrópico credenciado pelo SUS. Possui 56 leitos credenciados pelo SUS, sendo 40 pediátricos, 8 clínicos, 4 cirúrgicos para oncologia, 1 de UTI adulto e 2 UTIs pediátricas. O hospital também é referência para atendimento oncológico para Novo Hamburgo e região (municípios de Campo Bom, Dois Irmãos, Estância Velha e Ivoti), tanto em nível ambulatorial como para cirurgias e internações. Já na Atenção Básica, o Hospital Regina é responsável pela gestão do serviço, inclusive pela administração e contratação de pessoal, via convênio, das Unidades de Saúde da Família (USF) Mundo Novo, Palmeira e Petrópolis, que foram construídas e equipadas pelo município, fornecendo material de consumo, medicação e prescrevendo exames disponibilizados para atenção básica, doenças respiratórias, tuberculose, doenças relacionadas à cárie dental e outras.

5.2.3 Gestão da Secretaria de Saúde

- 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- 1 Casa de Vacinas;
- 1 Centro de Especialidades Médicas;
- 1 Serviço de Atendimento Especializado;
- 1 Farmácia Comunitária;
- 1 Vigilância em Saúde (Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica) e
- 1 Ambulatório de Saúde Mental.

5.2.4 Serviços contratados

- Laboratórios de Análises Clínicas: Exame, Canudos, Alfa e Bioanálisis;
- Laboratórios de Anátomos Patológicos: Edelweiss e CDC;
- Fonoaudiologia: Fonotrab;
- Serviços de Oftalmologia: Prisma, Clínica da Visão e Huning;
- Fisioterapia: Aspeur, Centro Fisio;
- Hemodiálise e Nefrologia: INNH
- Internações Oncológicas: Hospital Regina;
- Traumatologia: Centro Clínico NH;
- Eletroencefalograma: SEEG;
- Ecografias: Amplamed e Centro de Imagens; e
- Exames de Ressonância Magnética: Sinoscom.

5.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Rede de Atenção Primária, Secundária e Terciária é constituída pelos seguintes componentes no Município de Novo Hamburgo:

I – Atenção Básica em Saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família;
- b) Equipe de Atenção Básica para populações específicas: Equipe de Consultório na Rua (a ser implantada).

A Atenção Básica ou atenção primária em saúde é a “porta de entrada” dos usuários nos sistemas de saúde, ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A Atenção Básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos

serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo. Consultas, exames, vacinas e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs.

A atenção básica também envolve outras iniciativas, como: as Equipes de Consultórios na Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades e uma Unidade de Saúde Móvel (ônibus).

Em Novo Hamburgo, para atender a Política Nacional de Atenção Básica, foi implantado em 2011 (Portaria n 2.488 de 21 de outubro de 2011) o projeto das Estratégias de Saúde da Família. Atualmente o município conta com 06 Unidades Básicas de Saúde e 17 Estratégias da Saúde da Família com 44 equipes de Saúde da Família, representando cobertura populacional de 60,94% pela Estratégia da Saúde da Família na Atenção Básica.

5.4 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESPECIALIZADA

II – Atenção Psicossocial Especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS adulto II (Centro, Canudos, Santo Afonso);

CAPS infantil;

CAPS álcool e drogas II (em breve será qualificado para AD III);

Equipes do CAPS infantil no território Canudos e Santo Afonso, Kephas e Primavera.

b) Ambulatório de Saúde Mental (AD e Adulto).

III – Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) UPA e PA;
- c) Emergência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo; e
- d) Leitos Especializados em Saúde Mental e Sala de Estabilização do HMNH.

IV – Atenção Residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Acolhimento Adulto;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial (Comunidades Terapêuticas).

V – Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Hospital Municipal de Novo Hamburgo, serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- b) Central de Regulação de Leitos do Estado do Rio Grande do Sul.

VI – Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Serviço Residencial Terapêutico (vagas conveniadas);
- b) Programa de Volta para Casa.

VII – Reabilitação Psicossocial, formada pelo seguinte ponto de atenção:

Oficina de Geração de Renda.

VIII – Organização do Serviço de Vigilância em Saúde, organizada em quatro departamentos:

- a) departamento de Vigilância em Saúde do Trabalhador;
- b) departamento de Vigilância Ambiental em Saúde;
- c) departamento de Vigilância Sanitária;
- d) departamento de Vigilância Epidemiológica.

I X– Organização da Atenção Secundária e Terciária

A Atenção Secundária e Terciária é caracterizada por ações e serviços de saúde em âmbito ambulatorial e hospitalar, realizados mediante procedimentos de maior densidade tecnológica, de média e alta complexidade.

Na Saúde Coletiva é necessário que se conheça o território para formulação de políticas públicas, para criação de programas de assistência ou de foco no tratamento de certas doenças. Além disso, sua função é disponibilizar o suporte necessário para que o planejamento, decisões e ações do gestor não se baseiem em dados subjetivos ou conhecimentos ultrapassados.

No próximo capítulo estuda-se como é a sistemática do financiamento da Saúde e como são feitas essas transferências para o município em análise.

6. FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) compartilhem a gestão e o financiamento do SUS, custeando as despesas com ações e serviços públicos de saúde.

Os principais desafios enfrentados pelos gestores do Sistema Único de Saúde são os financiamentos e a precariedade dos serviços oferecidos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme Roesch (1996), mudanças na política governamental geram problemas ou oportunidades a serem exploradas em projeto de prática profissional.

De acordo com Santos (2009, p. 63) o problema do financiamento é resultante do:

[...] déficit nas contas da previdência [que] levaram o Ministério da área a suspender os repasses que fazia ao Ministério da Saúde, desde o início dos anos 1980. Isto fez com que esta área sofresse uma enorme crise de financiamento em 1993, que só foi parcialmente sanada com a criação da CPMF (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira), cuja receita seria em princípio exclusivamente destinada à área. Com o tempo, contudo, o governo federal também transferiu parte desta receita para outras áreas, deixando a Saúde em condições bastante precárias.

É papel dos gestores promoverem o desenvolvimento econômico com os tributos recolhidos, devolvendo para a população serviços essenciais com qualidade. O governo deve priorizar o financiamento de políticas públicas capazes de elevar o grau de bem-estar social dos seus cidadãos e contribuintes.

Seguindo essa lógica, o planejamento do Sistema Único de Saúde “é um tema que precisa ser discutido em maior profundidade em razão de sua complexidade normativa e da capacidade de articulação dos seus vários produtos (planos e programações, entre outros)” (IPEA, 2016, p. 187).

Os cidadãos pagam os tributos e nem sabem onde eles são aplicados. A sociedade deveria ter uma nova visão dos tributos e quais deles financiam a Saúde Pública do seu município, estado ou país.

É muito relevante para o gestor municipal saber o percentual que está aplicando na Saúde Pública do seu município, o que contribui muito no planejamento das políticas públicas que farão parte do seu Plano de Governo prioritariamente e quais terão impacto positivo sobre a população.

Os percentuais de aplicação financeira dos Municípios, Estado e União no SUS são definidos na Lei nº 141/2012. Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos Estados 12%. No que compete à União, a Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016) instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com vigência de 20 anos.

Com essa Emenda Constitucional, a regra de investimento em saúde pela União mudou novamente. Em 2018, a União aplicará o montante de execução financeira do exercício de 2017 corrigido apenas pela variação do IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), e assim será pelos próximos 20 anos. O congelamento de recurso Federal impactará negativamente, pois serão nas esferas Municipal e Estadual que terão que absorver ainda mais esses gastos crescentes.

Sob esse olhar, o IPEA (2016) ressalta que, com expansão da cobertura, surge a necessidade de discussão sobre a questão do financiamento das ações e dos serviços de saúde. Sendo que as restrições orçamentárias que o SUS constantemente enfrenta e a necessidade sempre iminente de superá-las fazem com que o financiamento esteja sempre em pauta nas discussões dos gestores do SUS e salientando que é necessário reduzir custos, rediscutir prioridades e trabalhar com o recurso já disponível em caixa, assim como cumprir os percentuais definidos na legislação.

De acordo com Plano Municipal de Saúde (2018/2021), na forma que foi apresentado no Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), o Tribunal de Contas do Estado (TCE/RS) aprovou até o ano de 2016 a aplicação dos recursos para a saúde. No município de Novo Hamburgo a despesa total em saúde por habitante em 2013 foi de R\$ 576,38, em 2014 foi de R\$ 714,39, em 2015 de R\$ 774,12, em 2016 de R\$ 798,38 e em 2017 de R\$ 853,22. O conceito de Despesa Total em Saúde representa o gasto médio com saúde por habitante, sob a responsabilidade do Município, (despesa total, incluindo aquelas financiadas por

outras esferas de governo). Essas informações comprovam que o custo por habitante é crescente no período analisado.

O Município recebe recursos da União (por meio do Fundo Nacional de Saúde) e do Estado (por meio do Fundo Estadual de Saúde), que com os recursos próprios compõem as receitas da saúde.

6.1 ALOCAÇÃO DE RECURSOS

O financiamento da saúde é efetivado através de um conjunto de pactuações entre Gestores e Coordenadores Regionais de Saúde (CRS) e da publicação de normas que explicitam os critérios, parâmetros e valores a serem pagos pelas ações e serviços. O município de Novo Hamburgo é referência para muitos municípios de outras Regiões de Saúde, sendo que os recursos pactuados entram diretamente no Fundo Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.

Conforme identificado pelo CONASS (2012), para efeito de cálculo dos recursos mínimos será utilizado o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) que calculará:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar, até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

Segundo Secchi (2011), a essência das políticas públicas é o problema público. Os gestores são responsáveis por calcular os resultados alcançados das respectivas metas pactuadas, de modo que os resultados retroalimentem o planejamento em saúde.

De acordo com Simão et al. (2011), o objetivo do indicador é mostrar a eficiência para atender o bem-estar da população. Os planos de saúde serão a base para a análise das atividades e programações do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

A Portaria GM/MS nº. 3992 (2017) alterou as regras de financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser organizados e transferidos apenas por dois Blocos de Financiamento: **I – o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - o Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.**

O Bloco de Custeio se destina à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Já os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde destinam-se, exclusivamente, à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde, obras de construções novas utilizadas para serviços públicos de saúde e obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

6.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 130 (1996), que tem por objetivo gerenciar os recursos oriundos da União, do Estado, do Município e/ou de outras fontes, priorizando o desenvolvimento das ações de saúde executadas, controladas ou coordenadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Dessa forma, a elaboração e a gestão do orçamento da Secretaria são realizadas nesse setor, em consonância com a Diretoria de Orçamento e Finanças da Secretaria da Fazenda. Todas as solicitações de compras de serviços, medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares, equipamentos e materiais odontológicos, materiais de expediente, locações, entre outros, originam-se neste setor a partir das necessidades levantadas pelas áreas responsáveis, com a autorização do Secretário e Diretor Administrativo. Após, os Gestores de Compras realizam os trâmites de compras de acordo com a legislação.

Nesse setor estão centralizadas todas as solicitações de empenhos de todas às outras áreas da Secretaria. São solicitadas as notas fiscais dos prestadores e fornecedores para proceder aos trâmites burocráticos finais para a realização dos respectivos pagamentos.

Também está lotado nesse setor, o servidor responsável pela Prestação de Contas ao qual compete elaborar o Relatório de Gestão Financeiro para apresentação e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, bem como, o preenchimento do MGS (Monitoramento e Gestão em Saúde) que é enviado ao Estado, e a alimentação do SIOPS, que foi instituído pelo Ministério da Saúde. Cabe ressaltar que o não envio das prestações de contas e alimentação dos sistemas no prazo estabelecido acarreta em inscrição do Município no CADIN/RS (Cadastro Informativo das Pendências perante Órgãos e Entidades da Administração Estadual) e CAUC (Cadastro Único de Convênios – Serviço Auxiliar de informações para Transferências voluntárias) na União, que tem como consequência a suspensão dos repasses financeiros ao Município.

6.3 CONTROLE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um Órgão Deliberativo, permanente e composto por um colegiado de pessoas que se reúnem regularmente duas vezes por mês nas chamadas “Reuniões das Plenárias”, com a finalidade de exercer o controle, o planejamento e a fiscalização do Fundo Municipal de Saúde, fundo esse para onde são destinados os recursos a serem gastos com a saúde no município.

Todo o novo projeto ou serviço de saúde, antes de ser implantado pela Secretaria Municipal de Saúde, deve necessariamente obter o parecer favorável do Conselho Municipal de Saúde. O CMS recebe os projetos, analisa os mesmos através de suas Comissões e emite um parecer que será levado à apreciação da Plenária. Esta tem total autonomia para aprová-lo ou reprová-lo. As Comissões que compõe o Conselho são: Orçamento e Finanças, Relatório de Gestão, Assessoria Técnica, Educação Permanente e Fiscalização.

O colegiado é composto por 24 Conselheiros de forma voluntária, organizadas em quatro segmentos organizados, divididos nas seguintes categorias: de Trabalhadores em Saúde (25%), Prestadores de Serviços (12,5%), Representantes do Governo (12,5%) e Usuários do SUS (50%). A paridade dos mesmos favorece que as decisões tomadas sejam as mais democráticas possíveis.

O controle social no sistema de Saúde é a forma pela qual o cidadão debate e participa das decisões sobre as políticas de saúde, em especial através das Conferências de Saúde, que acontecem de quatro em quatro anos, e dos Conselhos de Saúde.

O Conselho Municipal têm grandes responsabilidades. Ele define o que é preciso ser feito em nossa cidade na área da saúde; ele acompanha o cumprimento, por parte do município, da garantia de um atendimento adequado da população; e também fiscaliza e delibera sobre as verbas do SUS, entre outras atribuições.

6.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

O monitoramento e avaliação se caracterizam por ações de melhorias nos serviços de saúde do município, que devem envolver todas as políticas e serviços de saúde com a função estratégica de solucionar problemas para que os serviços sejam mais eficientes.

Nesse sentido, o PMS define as ações e os recursos necessários para atingir as metas que são definidas anualmente na Programação Anual de Saúde (PAS), que é elaborada no ano anterior a sua execução. Sua construção é baseada nesse Plano Municipal de Saúde durante a sua vigência, no Plano Plurianual e as ações orçamentárias previstas na Lei Orçamentária Anual (LOA) do município. O monitoramento do PMS 2018 a 2021 e a PAS do ano referenciado são monitorados a cada quatro meses através do Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), que apresenta a oferta e a produção de serviços públicos, os indicadores em saúde e dados financeiros, e, anualmente, através do Relatório Anual de Saúde (RAS). Os dois relatórios são elaborados com apoio do Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SargSUS).

A integração do Plano Municipal de Saúde com o Plano Plurianual busca aprimorar o planejamento das ações de forma estratégica de acordo com a viabilidade financeira e orçamentária e oportunizar a efetividade dos instrumentos de planejamento e gestão como ferramentas de contribuição para melhoria do sistema de gestão e controle social.

No próximo capítulo, analisam-se os Serviços de Saúde que foram prestados no município de Novo Hamburgo em 2018, quais tributos proporcionaram o financiamento desses serviços e os percentuais aplicados por cada ente.

7. ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DA SAÚDE

O objetivo central deste trabalho é verificar quais tributos e os seus respectivos percentuais/valores financiaram a Saúde Pública de Novo Hamburgo/RS e quais serviços foram prestados para a população em 2018.

A análise da aplicação dos tributos da saúde em Novo Hamburgo se dará com base no Relatório de Gestão de 2018, que é o instrumento norteador da prestação de contas do consolidado de 2018 que foi apresentado em 26 de fevereiro de 2019, em plenária aberta para todos os cidadãos no Conselho Municipal de Saúde de Novo Hamburgo.

7.1 ANÁLISE DOS SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS E OS COEFICIENTES DE NATALIDADE E MORTALIDADE

O gestor precisa conhecer a sua realidade financeira para decidir quais políticas de saúde serão implantadas ou mantidas no município. Na análise do IPEA (2016), esses desafios referem-se ao agravamento do subfinanciamento, em decorrência da desaceleração econômica e das medidas de ajuste sendo adotadas e de investidas de setores dos poderes Legislativo e Executivo em questões relacionadas ao financiamento do sistema.

Segundo Wagner (2018, p.1), ao mesmo tempo em que a consolidação da política de saúde avançou,

[...] o SUS que vem sendo construído é cada vez mais assemelhado com as precárias condições de existência dos 70% da população brasileira que o utiliza regularmente. No SUS, como nos bairros periféricos, há descuido com ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema. O SUS vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira. Em síntese, o SUS vem conformando uma ética, uma estética e um padrão de funcionamento em correspondência com o modo de vida da maioria; em muitos aspectos e situações, confirmando um padrão de descaso e de desrespeito à dignidade humana.

Segundo Medeiros (2016, p.11 apud SOARES; SANTOS, 2014), “ainda que se tenham resultados de subfinanciamento para o sistema público, a quase totalidade dos municípios e dos estados brasileiros não libera os índices da sua responsabilidade para o orçamento público do setor”. A falta de qualificação dos gestores municipais oportuniza que não cumpram com suas responsabilidades.

Ainda sobre esse mesmo ponto de vista, Medeiros (2016, p.11 apud SOARES; SANTOS, 2014) argumenta que

Esse subfinanciamento do sistema é satisfatório para interesses de lideranças que valorizam apenas o equilíbrio fiscal. E assim, ao longo dos anos, o volume de recursos aplicados tem sido menor do que o necessário, sendo improvável reverter esse quadro sem a participação mais ativa dos cidadãos usuários dos serviços. Enfim, as questões são polêmicas no campo da saúde. O que falta é regulamentá-la em lei. E as regulamentações se enrolam por anos, décadas, até os dias de hoje, lembrando novamente, já se passaram 28 anos da criação da Constituição Federal de 1988.

Nesse contexto, Mazzoti e Gewandsznajder (1988) complementam que conhecer a problemática do que se pretende pesquisar é uma fase trabalhosa que requer planejamento e muita leitura e reflexão sobre o tema escolhido.

No SUS, temos os níveis de Atenção em Saúde que são:

Atenção básica: Constitui o primeiro nível de atenção à saúde e engloba ações de caráter individual ou coletivo. Sendo o primeiro contato dos usuários com o SUS, é realizada pelas especialidades básicas da Saúde, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas. Cabe também à atenção básica proceder aos encaminhamentos dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Atenção de Média Complexidade: Ações e serviços que demandem disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Atenção de Alta Complexidade: Procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. Consistem, entre outros, de: assistência ao paciente portador de doença renal crônica; assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; procedimentos da cardiologia intervencionista; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia (SANTOS, 2009, p. 92).

O desafio é encontrar mais eficiência operacional e melhorar a qualidade assistencial e a segurança do paciente, sem deixar de lado o resultado. Dagnino (2014) ressalta a importância, para que se alcance a eficiência, de que a gestão da informação na saúde pública tenha necessariamente todas as aplicações funcionando de forma orquestrada em um Planejamento Estratégico Governamental (PEG) onde todos os atores estejam comprometidos. É necessário também ter

técnicos e profissionais habilitados para atividades como coleta, registro, processamento, análise, apresentação e difusão de dados e, por fim, geração de informação.


Quanto ao modelo de processamento de problemas e soluções, Dagnino (2014) frisa que corresponde à sua proposta de planejamento estratégico governamental. “Apoiado nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, Matus constrói um protocolo de processamento de problemas que supõe 04 momentos: explicativo, normativo estratégico e tático-operacional” (DAGNINO, 2014, p.100, apud MATUS, 1996, p.577). Com elementos de cálculo de cenários e um sofisticado instrumental de análise estratégica, o autor propõe um modelo de planejamento criativo, flexível e interativo.

Primeiramente, a análise se iniciou pela identificação dos dados sobre as consultas da atenção básica e especializada realizadas. Esses dados mostram os usuários que acessaram os serviços em 2018, porque são serviços que servem de porta de entrada para que seja efetivado um diagnóstico. Nessa etapa, os médicos solicitam exames complementares (exames laboratoriais, raios-X, ecografias, tomografias, entre outros) para que seja fornecido o tratamento adequado para os usuários do sistema.

Essa informação é importante porque, com base nos quantitativos de usuários que acessam o serviço, o gestor deve planejar o atendimento de forma que todos possam ter direito aos exames adequados, às cirurgias e medicações visando a realização de um tratamento integral.

Em seguida, analisam-se os dados referentes aos coeficientes de natalidade e mortalidade no município. Essas informações são relevantes para conhecer do que estão morrendo os cidadãos hamburgueses e também se a população está crescendo ou diminuindo anualmente. Os dados sobre a cobertura vacinal mostram se estão sendo atingidos ou não os percentuais pactuados com o Ministério da Saúde.

Quadro 1: Consultas na Atenção Básica



Consultas At. Básica

| | | 3º Quad. | 2018 |
|---------------------------|----------------------|----------------|----------------|
| Médicos | Clínica Geral | 63.162 | 210.407 |
| | Ginecologia | 4.035 | 11.940 |
| | Pré-Natal | 6.337 | 20.025 |
| | Em Pediatria | 8.786 | 29.283 |
| | Em Tisiologia | 303 | 1.200 |
| | Subtotal | 82.623 | 272.855 |
| Outros Prof. Saúde | Enfermeiro | 26.511 | 104.129 |
| | Odontólogo | 15.749 | 42.196 |
| | Nutricionista | 1.426 | 4.331 |
| | Psicólogo | 141 | 351 |
| | Farmacêutico | 14 | 51 |
| | Subtotal | 43.841 | 151.058 |
| | Total | 126.464 | 423.913 |

Fonte: RAG / RGMS

13

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG)

Na Atenção Básica, de acordo com o quadro 1, identifica-se o número de 423.913 consultas que foram realizadas pelas 17(dezessete) Unidades de Saúde da Família (USF) e as 7 (sete) Unidades de Básica de Saúde (UBS) em 2018 para os usuários do SUS. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB-MS), Novo Hamburgo possui uma boa cobertura de atendimentos para sua população.

A Atenção Básica é formada por territórios delimitados dentro dos bairros do município e que são compostos por equipe multidisciplinar: formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários, dentistas, auxiliar de saúde bucal e outros que se fazem necessários.

É na Atenção Básica que se realiza o trabalho de promoção e prevenção das doenças crônicas que acometem em torno de 40% da população brasileira segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quadro 2: Consultas da Atenção Especializada



Consultas At. Especializado

| | 3º Quad | 2018 |
|-----------------------------|---------------|----------------|
| Enfermeiro | 4.392 | 38.082* |
| Ortopedista/Traumatologista | 5.751 | 18.051 |
| Fonoaudiologista | 2.122 | 8.858 |
| Cardiologista | 2.782 | 8.194 |
| Ginecologista/Obstétrico | 2.563 | 7.752 |
| Urologista | 2.555 | 7.771 |
| Oftalmologista | 2.146 | 6.886 |
| Fisioterapeuta | 1.899 | 5.892 |
| Oncologista | 1903 | 5.837 |
| Clínico Geral | 523 | 3.686 |
| Dermatologista | 835 | 3.226 |
| Infectologista | 929 | 3.174 |
| Outros | 7.857 | 24.291 |
| TOTAL | 36.257 | 141.700 |

Fonte: RAG / RGMS

13

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG)

Já na Atenção Especializada, visualiza-se que foram disponibilizadas 141.700 consultas para a população, sendo que grande parte desses serviços foram contratados na rede privada.

Esse fato ocorre porque cada vez fica mais difícil contratar essa mão de obra médica especializada que cumpra horário dentro das Instituições Públicas. Os únicos profissionais especializados que aparecem nesse quadro são os da Enfermagem que são servidores da Saúde, sendo que os demais profissionais são todos terceirizados.

Novo Hamburgo foi contemplado com o Curso de Medicina na Universidade FEEVALE e vislumbra-se o aumento, com o tempo, desses profissionais da saúde nas Unidades de Saúde que atendem o SUS. Embora, pelas características dos estudantes de medicina, haja a preferência em tornarem-se especialistas que atendam em seus próprios consultórios ou na rede privada, buscando o retorno do alto custo aplicado no curso de medicina. A diferença entre os salários desses profissionais da rede privada para o SUS é impactante.

Quadro 3: Estatísticas de Nascidos Vivos em Novo Hamburgo



Estatísticas de Nascidos Vivos

2017/Quadrimestre

| Indicadores / Trimestres | 1º | 2º | 3º | 2017 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Nascidos Vivos | 1.068 | 969 | 902 | 2.978 |
| Mães Com Até 19 anos | 11,8% | 13,1% | 12,7% | 12,5% |
| Prematuridade | 12,0% | 11,7% | 12,0% | 12,2% |
| 7 ou + Cons. Pré-Natal | 81,3% | 83,6% | 82,6% | 82,3% |

2018/Quadrimestre

| Indicadores / Trimestres | 1º | 2º | 3º | 2018 |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Nascidos Vivos | 1064 | 979 | 900 | 2.948 |
| Mães Com Até 19 anos | 14,3% | 12,0% | 12,3% | 12,9% |
| Prematuridade | 11,8% | 11,5% | 12,6% | 12,0% |
| 7 ou + Cons. Pré-Natal | 84,1% | 84,6% | 84,1% | 84,2% |

Fonte: SINASC

5

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

O número de nascidos vivos residentes do município de Novo Hamburgo tem oscilado entre 2.800 e 3.200 nos últimos 5 (cinco) anos. Conforme gráfico acima, esse Coeficiente Geral de Natalidade mostra que em 2018 nasceram 2.948 novos habitantes nesses anos.

A taxa de prematuridade em 2018 ficou 0,2 %, abaixo de 2017, o fator “baixo peso” ao nascer está ligado diretamente à taxa de prematuridade, partos cesarianos programados e gravidez na adolescência, que aumentou 0,4% em 2018.

Outra informação relevante é que as consultas de pré-natal aumentaram 1,9% em relação a 2017. Isso favorece na detecção precoce de problemas congênitos ou outras doenças que podem ser tratadas antes do nascimento dos bebês.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, as mulheres tendem a procurar por mais por atendimento do que a população do sexo masculino, além do o horário de funcionamento das Unidades de Saúde propicia um maior atendimento ao público feminino.

Quadro 4: Cobertura vacinal em 2018



Cobertura Vacinal

| | Índices* | 3º Quad | 2018 |
|--|----------|---------|----------------|
| BCG | 90% | 94,5% | 105,06% |
| Pólio | 95% | 88,08% | 88,72% |
| Penta <small>(difteria, tétano, coqueluche, haemophylus influenza tipo b, hepátite-b)</small> | 95% | 93,01% | 89,76% |
| Influenza | 90% | -% | 83,38% |
| Febre Amarela | 100% | 63,52% | 64,79% |
| Pneumo-10 | 95% | 90,36% | 93,14% |
| Meningo-C | 95% | 90,36% | 81,95% |
| Rotavírus | 90% | 87,99% | 90,55% |
| Hepátite-B <small>(Recém-Nascido)</small> | 95,0 | 93,01% | 89,76% |
| Tríplice viral | 95,0 | 63,34% | 90,77% |

Fonte: GVS

6

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

O Brasil, referência mundial no Programa Nacional de Imunizações (PNI), busca, através das vacinações, manterem o controle de doenças como Difteria, Coqueluche, Tétano Acidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves de Tuberculose, Sarampo, Caxumba; a erradicação da Varíola e a manutenção da eliminação da Poliomielite e da Rubéola.

Na tabela acima, verifica-se que a cobertura vacinal das principais vacinas do calendário brasileiro não foi atingida de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde. Muitos boatos disseminados nas mídias sociais fizeram com que muitas pessoas, por medo, deixassem de vacinar seus filhos. Como consequência, doenças como o sarampo, que estava erradicado do Brasil desde 2016, recrudescer (mais de 10 mil casos em 2018) fazendo com que o Brasil perdesse o certificado de erradicação em 2019. Será um desafio para as três esferas (Municipal, Estadual e Federal) conscientizar a população para que vacinem as crianças, idealizando erradicar outras doenças que num passado não tão distante dizimavam milhares de pessoas.

Quadro 5: Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2018



Coeficiente de Mortalidade (P/1000 N.V.)

| Ano | Neonatal | Infantil | Nascidos Vivos |
|------|----------|----------|----------------|
| 2009 | 6,84 | 8,89 | 2.929 |
| 2010 | 10,50 | 14,23 | 2.951 |
| 2011 | 8,10 | 10,6 | 3.215 |
| 2012 | 8,66 | 11,87 | 2.843 |
| 2013 | 6,96 | 11,83 | 2873 |
| 2014 | 7,86 | 9,91 | 2.926 |
| 2015 | 8,23 | 12,8 | 3.279 |
| 2016 | 8,45 | 9,8 | 2.961 |
| 2017 | 11,09 | 13,77 | 2.978 |
| 2018 | 6,11 | 8,82 | 2.948 |

Fonte: SIM

7



Mortalidade Infantil

| Indicadores | 3º Quad | 2018 |
|------------------------------------|---------|-------|
| Nascidos Vivos | 900 | 2.948 |
| Neonatal Precoce 0 a 7 dias | 2 | 12 |
| Neonatal Tardia 8 a 28 dias | 3 | 6 |
| Neonatal 0 a 28 dias | 5 | 18 |
| Infantil Tardia 29 dias a 1 ano | 2 | 8 |
| Infantil 0 a 1 ano | 7 | 26 |

Fonte: SIM/SINASC

8


Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Nos quadros acima, percebe-se que a mortalidade infantil do município atingiu o menor índice desde 2009, com redução tanto na mortalidade neonatal quanto

infantil. O preconizado pelo Ministério da Saúde é que esse índice se mantenha abaixo de 10/1000. Os principais fatores que colaboram para melhoria desse índice são um pré-natal bem acompanhado pela Rede de Atenção à Gestante e o cuidado da criança nos seus primeiros anos de vida.

As principais causas dos 26 (vinte e seis) óbitos que ocorreram em 2018 nos menores de um ano são as afecções do período perinatal, seguidas das malformações congênitas.

Quadro 6: Mortalidade da população em geral



M o r t a l i d a d e G e r a l

| C a u s a s | 3º Quad | | 2018 | |
|------------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------|
| | Óbitos | % | Óbitos | % |
| Neoplasias (Câncer) | 115 | 21,7% | 401 | 23,8% |
| Doenças Aparelho Circulatório | 107 | 20,2% | 387 | 23,0% |
| Doenças Aparelho Respiratório | 88 | 16,6% | 237 | 14,1% |
| Doenças Endóc. Nutrici. e Metaból. | 33 | 6,2% | 120 | 7,1% |
| Causas Mal Definidas | 40 | 7,6% | 108 | 6,4% |
| Doenças Infeciosas e Parasitárias | 31 | 5,9% | 93 | 5,5% |
| Causas Externas | 36 | 6,8% | 91 | 5,4% |
| Doenças do Sistema Nervoso | 23 | 4,3% | 67 | 4,0% |
| Doenças Aparelho Digestivo | 18 | 3,4% | 62 | 3,7% |
| Algumas Afecç. Origin. Per; Perin. | 8 | 1,5% | 31 | 1,8% |
| Demais Grupos de Causa | 30 | 5,7% | 87 | 5,2% |
| T o t a l | 529 | 100% | 1.684 | 100% |

Fonte: SIM

12

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

O Coeficiente de Mortalidade baixou em 2018 para 6,03 a cada 1.000 habitantes de Novo Hamburgo. No ano de 2018, as principais causas das mortes foram as Neoplasias seguidas das doenças do Aparelho Circulatório.

A partir das análises, fica evidente que as condições de saúde da população não dependem exclusivamente dos serviços de saúde, mas principalmente, das condições socioeconômicas em que vive esse povo. Os serviços públicos têm um papel estratégico neste contexto, na medida em que podem contribuir para a

melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida, através de ações e serviços de promoção e prevenção, além dos serviços assistenciais e curativos.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018/2021, em Novo Hamburgo identificam-se inúmeras doenças que atingem especificamente as pessoas de baixa renda, como por exemplo, obesidade, desnutrição, doenças infecciosas e parasitárias, doenças respiratórias, tuberculose, doenças relacionadas à cárie dental e outras.

Entretanto, também existem aquelas patologias que atingem todas as classes sociais, como por exemplo, as doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório, neoplasias, dependência química (álcool e outras drogas), e outros transtornos mentais e acidentes de trabalho. A influência do estresse, dos maus hábitos alimentares, do consumismo, da vida social desregrada, contribui direta ou indiretamente para o aparecimento e o crescimento dessas enfermidades.

Os dados epidemiológicos de uma região/município demonstram a qualidade e/ou sua ausência na saúde dos munícipes. Muitos dados são analisados através de indicadores que são utilizados como ferramentas para avaliar a eficiência e eficácia das ações em saúde pública no município.

7.2 ANÁLISES DOS TRIBUTOS QUE FINANCIARAM A SAÚDE PÚBLICA DE NOVO HAMBURGO EM 2018

O objetivo do presente estudo é analisar quais tributos financiaram a Saúde Pública de Novo Hamburgo em 2018 e se os percentuais mínimos definidos em lei foram atingidos. É no momento da prestação de contas que os gestores poderão confrontar se o planejamento municipal de saúde atingiu a eficiência e a eficácia almejada.

Segundo Bacellar (2012) o princípio da eficiência está ligado à dignidade humanidade. E essa é à base do serviço público, que deve ter em primeiro lugar as necessidades básicas da população. Dessa forma Gabardo (2003, p. 2) ressalta que “a eficiência não é ponto de partida, mas o ponto de chegada, que, para ser encontrado, precisa de um caminho seguro, ou seja, fundamentalmente ético é

justo”. O gestor municipal deve entender que para ser eficiente deve fazer o que é certo para se atingir um resultado e que a eficácia é fazer a coisa certa para atingir o resultado.

Sob esse mesmo prisma, Aragão (2004) enfatiza que a eficiência não pode apenas ser entendida como maximização do lucro mas sim como uma melhor prestação dos serviços de interesse coletivo que incumbem ao Estado, com a maior economia possível dos recursos.

Nesse sentido, Pascarelli Filho (2011, p. 824) mostra que a “eficiência está intimamente ligada à economicidade, ou seja, ao princípio de atingir objetivos traduzidos por boa prestação de serviços, do modo mais simples, mais rápido e econômico, tendendo a maximizar a relação custo\benefício do trabalho público”. O gestor municipal tem o papel de realizar uma análise situacional do seu município para traçar um Plano Municipal de Saúde que atenda a realidade local. Sob o olhar de Junquillo (2010), a eficiência se preocupa em realizar da melhor maneira possível as ações propostas, motivo pelo qual se enfatizam os métodos e procedimentos internos. Já a eficácia diz respeito ao alcance da satisfação das necessidades da coletividade, através da prestação de serviços públicos de qualidade.

Tabela 1: Receita de Impostos

| RECEITA DE IMPOSTOS | |
|----------------------------|-----------------------|
| CONSOLIDADO-2018 | |
| Municipal | 175.429.856,33 |
| IPTU | 58.454.586,85 |
| ISSQN | 66.440.914,26 |
| ITBI | 16.299.681,00 |
| IRPF E OUTROS | 34.234.674,22 |
| Estadual | 164.922.996,15 |
| ICMS | 124.680.794,42 |
| OUTROS (IPVA E IPI) | 40.242.201,73 |
| Federal | 71.793.254,00 |
| FPM | 71.062.601,00 |
| OUTROS (ITR E LC) | 730.653,00 |
| Total de Impostos | 412.146.106,48 |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Através das informações geradas pela Tabela 1, percebe-se que o IPTU é o segundo tributo mais vultoso em 2018, ficando abaixo apenas do ISSQN. Em relação ao IPTU, comprova-se que a arrecadação desse tributo contribui no financiamento da Saúde de Novo Hamburgo e, de acordo com Bercovici (2006), é um fator econômico importante para o fortalecimento de políticas públicas no município.

Tabela 2: Execução das Receitas e Despesas Municipal em 2018

| EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA CONSOLIDADO-2018 | |
|---|----------------------|
| RECEITA Municipal | R\$ 87.192.051,62 |
| DESPESA Municipal | R\$ 88.127.083,38 |
| Saldo Bancário em 31.12.2017 | 1.380.498,32 |
| Transferência para a Fundação | 47.676.882,87 |
| Saldo Bancário em 31.12.2018 | 470.944,18 |
| Percentual aplicado em saúde | 22,88% |
| | Fonte: TCE/RS |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Já na Tabela 2, identifica-se que o município cumpre a Constituição Federal que preconiza que devem ser aplicados, no mínimo 15% da arrecadação na área da Saúde. Esse percentual foi de 22,88% em 2018, o que é muito bom já que muitas contribuintes que pela crise perderam o plano privado de saúde e que atualmente utilizam o Sistema Único de Saúde.

O município teve um déficit de R\$ 935.031,76 em relação a receitas versus despesas do ano em análise, sendo que a reserva economizada e aplicada nos outros anos foram utilizadas para cobrir esse déficit gerado.

Tabela 3: Execução de Receitas e Despesas Estadual em 2018

| EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA Consolidado-2018 | |
|---|-------------------|
| RECEITA Estadual | R\$ 44.259.735,55 |
| DESPESA Estadual | R\$ 47.368.692,23 |
| ----- | |
| Saldo Bancário em 31.12.2017 | 7.284.962,20 |
| ----- | |
| Saldo Bancário em 31.12.2018 | 4.796.113,18 |
| ----- | |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Na Tabela 3, fica evidente que o Governo Estadual não está repassando todos os recursos pactuados. Assim como muitos municípios, Novo Hamburgo além de arcar com as suas obrigações ainda tem que arcar com as obrigações do Estado. Pelo ponto de vista de DYE (2010) certamente o modelo de Elite contribuiu para que o Estado não cumpra suas obrigações. O recurso que deveria ser aplicado na saúde foi para outro lugar. O que se percebe é que o governo municipal mantém aplicações financeiras dos recursos oriundos do Estado, e que esses valores vêm crescendo, o que é muito bom, pois o governo fica com uma reserva financeira para imprevistos. De acordo com Mintzberg, “O fato é que a avaliação de muitas das atividades mais comuns do governo requer julgamento suave, algo que a medição fria e numérica não pode proporcionar” (1998, p. 156).

O déficit em 2018 foi de R\$ 3.108.956,68, sendo que no último ano do governo de Ivo Sartori simplesmente foi dado calote nos municípios e essa pendência ficou para o atual governo eleito em 2018.

O valor atual de pendências de repasses do Estado para o município e Novo Hamburgo em 2019 está em torno de vinte milhões de reais. O novo governador Eduardo Leite prometeu colocar em dia os repasses, porém sem previsão para os repasses atrasados.

Tabela 4: Execução das Receitas e Despesas Federal em 2018

| EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA Consolidado-2018 | |
|---|-------------------|
| RECEITA Federal | R\$ 86.140.480,73 |
| DESPESA Federal | R\$ 84.278.801,71 |
| Saldo Bancário em 31.12.2017 | 18.438.245,12 |
| Transferência para a Fundação | 51.984.534,81 |
| Saldo Bancário em 31.12.2018 | 20.686.823,64 |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Na Tabela 4, nota-se que o principal prestador de Saúde que é a Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo (FSNH), recebeu a maior parte dos repasses da União em 2018.


Tabela 5: Recurso anual da União em 2018

| RECURSOS FEDERAIS 3º QUADRIMESTRE 2018 | |
|---|---------------|
| SIA/SUS | 64.874.548,86 |
| PAB FIXO – E VAR. - ACS-PMAQ-PSF | 13.227.920,49 |
| FARMÁCIA BÁSICA | 1.854.280,04 |
| VIGILÂNCIA (Em Saúde, Ambiental, Sanitária e DST/HIV) | 2.187.810,31 |
| CONSTRUÇÃO CER | 500.000,00 |
| CONSTRUÇÃO OPERÁRIO | 102.400,00 |
| CONSTRUÇÃO KRAEMER | 241.759,50 |
| CONSTRUÇÃO UPA CENTRO | 605.296,53 |
| AQUISIÇÃO VAN ADAPTADA P/ CADEIRANTES | 190.000,00 |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Dessa forma, na Tabela 5 identificam-se os recursos vinculados que foram repassados pelo governo federal em 2018. O repasse do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) mostra o grande volume de recursos que são utilizados nos exames diagnósticos no município e os recursos de investimentos que são utilizados para a construção de novas unidades ou reforma das unidades mais antigas.

Tabela 6: Recursos para investimento da União em 2018

| RECURSOS FEDERAIS 3º QUADRIMESTRE 2018  | |
|---|----------------------|
| AQUISIÇÃO UNIDADE MÓVEL BÁSICA | 240.0 |
| GESTÃO SUS | 60.695,00 |
| AQUISIÇÃO EQUIPAM E MATERIAIS | 1.805.770 |
| REFORMA NUTR/DIET HOSPITAL | 250.000,00 |
| TOTAL | 86.001.121,23 |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Na Tabela 6, demonstra-se que o recurso federal é o único em que as receitas são maiores do que as despesas, porque os recursos são vinculados e podem ser usados exclusivamente com o que foi pactuado com o Ministério da Saúde.

Dessa forma, o STN (2016) frisa que um conceito de suma importância a ser entendido é o de equalização fiscal, que vem a ser a concepção por meio da qual se pratica o remanejamento de recursos públicos federais arrecadados, de forma a reduzir as disparidades entre os Entes Federativos, contribuindo para que estes tenham condições de prestar serviços públicos de acordo com um nível mínimo nacional.

Portanto, os municípios mais ricos recebem menores verbas redistribuídas do que os municípios mais pobres, que arrecadam menos com os tributos. Conclui-se daí que se pode obter a equalização fiscal por intermédio da busca concomitante dos equilíbrios horizontal e vertical.

Tabela 7: Percentual de Pagamentos realizados em 2018 nas três esferas

RELAÇÃO DE PAGAMENTOS
3º QUADRIMESTRE 2018



| Esfera | % | Valor (R\$) |
|--------------------------------|----------------|-----------------------|
| Municipal | 40,1% | 88.127.083,38 |
| Estadual | 21,56% | 47.368.692,23 |
| Federal | 38,34% | 84.278.801,71 |
| Total Aplicado em Saúde | 100,00% | 219.774.577,32 |

Fonte: Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018

Na Tabela 7, mostra-se que 40,1% dos recursos empregados para o pagamento das despesas com saúde são oriundos dos tributos municipais. Esse percentual aumenta visto que os salários dos servidores da saúde devem ser pagos exclusivamente com tributos municipais e que os reajustes devem ser estudados para não comprometer outras áreas prioritárias. Bercovici (2006, p.146) enfatiza que o “[...] planejamento pressupõe um processo de negociação e decisão política entre os vários membros da Federação e setores sociais”.

Já os tributos federais financiam 38,34% dos serviços de saúde no município. Esse índice eleva-se porque é nessa esfera que recai a responsabilidade dos procedimentos de Alta Complexidade realizados nos hospitais habilitados pelo Ministério da Saúde. A Oncologia é um dos serviços onde mais estão sendo utilizados recursos federais pela demanda crescente de novos doentes a cada ano. De acordo com o portal do Ministério da Saúde (2019), o SUS oferta exames preventivos (mamografia e papanicolau) e oferece tratamento integral e gratuito para todos os tipos de câncer, seja paliativo, medicamentoso, cirurgias oncológicas, radioterapia e quimioterapia. Todos os hospitais do SUS, habilitados em oncologia, recebem mensalmente recursos federais para a compra e oferta de

medicamentos. Em 2018, o Ministério da Saúde destinou R\$ 5 bilhões para essas unidades em todo o Brasil.

Para o Brasil, foram estimados em 2018 e válidos para 2019, 417.010 novos casos de câncer (excluindo câncer de pele não melanoma). O de próstata ocupa o primeiro lugar geral e o primeiro entre os homens, com 68.220 novos casos. O de mama é o segundo total e o primeiro entre as mulheres, com 59.700 novos casos. O do colo do útero ocupa o sexto lugar geral e o terceiro entre as mulheres, com 16.370 novos casos, enquanto as leucemias estão em nono lugar, com 10.800 novos casos, de acordo com o INCA.

Identifica-se que a menor contribuição é por parte do governo Estadual que destinou 21,56% de recursos para os serviços de Saúde no município. Novo Hamburgo é um dos muitos municípios que sofre com o congelamento dos recursos para a saúde e deve planejar ações específicas por segmentos, mantendo sempre uma reserva de recursos para eventuais atrasos nos repasses. Na sequência da análise, faz-se uma comparação da aplicação de recursos de dois municípios parecidos e que são vizinhos na Região Metropolitana.

7.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS RECURSOS APLICADOS NA SAÚDE PÚBLICA DOS MUNICÍPIOS DE NOVO HAMBURGO E DE SÃO LEOPOLDO

Quadro 7: Comparação entre municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo

| Município | Novo Hamburgo | São Leopoldo |
|--|-----------------------|-----------------------|
| População Total (2017) | 250.292 habitantes | 228.642 habitantes |
| Área (2015) | 223,8 km ² | 102,7 km ² |
| Taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais (2010) | 3,36 % | 3,17 % |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Expectativa de Vida ao Nascer (2010) | 76,11 anos | 76,11 anos |
| Coeficiente de Mortalidade Infantil (2016) | 9,17 por mil nascidos vivos | 11,50 por mil nascidos vivos |
| PIB (2015) | R\$ 8.122.359,91 (mil) | R\$ 6.932.552,24 (mil) |
| PIB per capita (2015) | R\$ 32.659,96 | R\$ 30.356,67 |
| Exportações Totais (2014) | U\$ FOB 139.184.171 | U\$ FOB 394.959.037 |
| Data de criação | 5/4/1927 - (Decreto nº 3818) | 01/04/1846 - (Lei nº . 4) |

Fonte: Portal da FEE (Adaptado), 2019

O quadro 7 mostra a comparação entre os municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo, que pertencem a Região Metropolitana, referente ao último bimestre de 2018.

Vale registrar que os dois municípios possuem semelhanças pela proximidade de território entre eles, pela população aproximada e semelhança das doenças que acometem os usuários do SUS. Inclusive, já se identificou que, muitas vezes os usuários acessam os serviços de saúde nos dois municípios.

Na análise, confirmam-se semelhanças na expectativa de vida e na taxa de analfabetismo. Quanto ao Coeficiente de Mortalidade Infantil, mostra o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos e quanto menor for esse coeficiente melhor para o município. O município de Novo Hamburgo apresenta a menor taxa em relação a São Leopoldo, município que apresenta, por sua vez, um número mais elevado de óbitos. Entretanto dentro da média nacional, o coeficiente

ainda é considerado baixo nos dois municípios. Esse Coeficiente ressalta, de uma maneira geral, o reflexo do acesso e dos recursos disponibilizados para a saúde materna e infantil.

Quadro 8: Comparação entre os recursos aplicados na Saúde pelos municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo no 6º Bimestre de 2018

| Indicador | Novo Hamburgo | São Leopoldo |
|---|----------------------|---------------------|
| 1.Participação da receita de impostos na receita total do Município | 25,12 % | 18,57 % |
| 2.Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município | 47,36 % | 54,43 % |
| 3.Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município | 24,80 % | 14,70 % |
| 4.Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município | 67,60 % | 90,90 % |
| 5.Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município | 47,95 % | 37,47 % |
| 6.Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município | 53,85 % | 44,62 % |
| 7.Despesa total com Saúde, em R\$/hab, sob a responsabilidade do Município, por habitante | R\$ 899,65 | R\$ 825,83 |
| 8.Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde | 12,45 % | 55,17 % |
| 9.Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde | 1,76 % | 1,02 % |
| 10.Participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde | 79,73 % | 28,18 % |
| 11.Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde | 1,88 % | 0,74 % |
| 12.Despesas com Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos | 0,00 % | 0,02 % |
| 13.Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde | 55,45 % | 31,81 % |
| 14.Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC141/2012 | 23,18 % | 32,57 % |

Fonte: Portal Datasus (Adaptado), 2019

O quadro 8 compara os municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo no que tange a aplicação de recursos em relação aos percentuais definidos por lei. No

item 1, sobre o percentual de receitas totais arrecadadas com os impostos, Novo Hamburgo aplicou 25,12%, enquanto que São Leopoldo aplicou 18,57%. Observa-se no item 3 (percentual das transferências para Saúde) que Novo Hamburgo novamente aplicou um percentual maior que 10% em relação a São Leopoldo.

Por outro lado, no item 4 (participação dos recursos da União para o financiamento da Saúde) a esfera Federal é responsável por 90,90% dos recursos aplicados em São Leopoldo na área saúde no período.

Vale ressaltar que no item 7 (despesa aplicada por habitante no município) Novo Hamburgo, mesmo com uma população maior, aplica R\$ 73,82 a mais do que São Leopoldo por habitante.

No que tange o item 8 (participação da despesa com o pessoal da Saúde) São Leopoldo apresenta um índice de 55,17% o que é muito bom, porque mostra que os servidores concursados é que trabalham na Saúde do município. Já em Novo Hamburgo, se aplica apenas 12,45%, porque está terceirizando a Saúde no município. Dessa forma, no item 10 se confirma que Novo Hamburgo terceiriza 79,73% da Saúde.

Note-se que no item 14, o percentual da receita própria aplicada na Saúde de acordo com a Lei 141/2012 é calculado em conformidade com a Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000 e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.º 322, de 08 de maio de 2003, São Leopoldo aplicou um percentual de 32,57%, quase 10% a mais do que o município de Novo Hamburgo. Esse fato demonstra que tanto São Leopoldo quanto Novo Hamburgo aplicam um percentual muito superior ao estipulado por Lei, que é de 15%.

Outro ponto essencial a ser discutido é o de equilíbrio fiscal, que se constitui em nada além da antiquíssima máxima de “não gastar mais do que se ganha” (STN, 2016). Isto pode ser alcançado através da boa gestão, de uma governança capaz e do esforço particular de cada Ente Federativo de per si na utilização de suas receitas próprias, contando com o aporte adicional de transferências intergovernamentais.

Um dos idealizadores do SUS, o Dr. Arouca (1975, p.5) destaca que “Democracia é Saúde” e que a gestão participativa dá ao povo vez e voz. O Sistema Único de Saúde foi um projeto construído pelos técnicos com parceria da sociedade

brasileira. Um projeto solidário que defende a universalização, equidade e um controle social de qualidade e que para sua manutenção precisa dos tributos recolhidos.

Dessa forma, Mintzberg ressalta que “[...] o que surpreende é a prevalência de serviços profissionais que o governo provê diretamente, ou indiretamente através de financiamento público” (1998, p. 152). Confirma-se, assim, que o IPTU é todo aplicado dentro do município para manter serviços essenciais como a saúde.

8. CONCLUSÃO

Na Saúde em Novo Hamburgo, a proposta inicial desta pesquisa foi atingida, ou seja, entender o motivo do aumento do Imposto Sobre Propriedade Predial Urbana (IPTU) e a sua aplicação na Saúde. O que ficou comprovado é que não foi um aumento real, apenas a atualização do valor que estava defasado. Compreendendo o comportamento tributário do Governo Municipal, permitiu-se examinar as dificuldades específicas do município de Novo Hamburgo e quão importantes são esses recursos oriundos dos tributos para manterem a grande estrutura da Saúde, um serviço tão essencial para todos os cidadãos.

Descobre-se que os cidadãos/súditos que pagam o IPTU podem participar do Controle Social e contribuir na construção do Plano Municipal de Saúde, opinando sobre quais serviços ou áreas são mais prioritário.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão essencial que realiza reuniões quinzenais abertas para todos os interessados na temática da saúde. É de caráter permanente e tem o papel de deliberar e fiscalizar a política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômico e financeiro, propondo e aprovando diretrizes para a sua formulação, e aprovando a prestação de contas que é realizada pelos Relatórios de Gestão Municipais de Saúde (RGMS).

Na análise da prestação de contas, comprova-se que o IPTU é um imposto que não pode ser sonegado. Se o contribuinte possui um imóvel registrado ele não consegue esconder ou transferir esse imóvel de lugar sem que devidos impostos sejam recolhidos. Essa peculiaridade faz com que o imposto sobre a propriedade predial seja historicamente o mais utilizado em todo o mundo para o financiamento dos governos municipais.

Os tributos são comprovadamente aplicados nos serviços de saúde pública em Novo Hamburgo. Na prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde para o CMS, que é realizada quadrimestralmente é apresentado inclusive notas fiscais de todas as despesas realizadas e serviços executados. Outra forma de

acompanhamento são os novos serviços ou projetos que precisam ser aprovados em plenária antes de sua execução.

O planejamento tem um papel estratégico nesse contexto, na medida em que podem contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e qualidade de vida, através de ações e serviços de cunho preventivo e intersetorial, além dos serviços assistenciais e curativos. Mesmo com a alta carga tributária que temos em nosso país, o principal obstáculo para instituir novas políticas públicas ainda é o financiamento. No município em questão, não é diferente: por diversas vezes falta dinheiro para custear programas.

Na comparação entre a aplicação dos recursos na Saúde pelos municípios de Novo Hamburgo e São Leopoldo, percebe-se que mesmo com as mesmas características demográficas, os gestores tomam decisões diferentes que impactam diretamente nos serviços de Saúde ofertados para a população.

Além dos serviços de saúde que são complexos, o dinheiro recolhido com o pagamento do IPTU foi utilizado, também, para construir 13 novas escolas de educação infantil, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), manutenção de vários programas e ampliação do valor pago no chamado Aluguel Social.

Outro fato que merece uma atenção especial é o analfabetismo tributário, que é baseado na impressão de que esse assunto é chato e complexamente intangível nas suas formulações. Entretanto, o tema sobre os tributos não são chatos e sim complexos e controvertidos pelos mesmos dogmas diferenciais da política fiscal e tributária existentes. Seria um tema importante para ser construído e debatido na educação formal do país.

REFERÊNCIAS

ACEVEDO, Cláudia R., NOHARA, Jouliane J. **Como fazer monografias**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **O princípio da eficiência**. Revista de Direito Administrativo. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/44361/44784>>. Rio de Janeiro, 2014>. Acesso em 10 fev. 2019.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BACELLAR, Roberto Portugal. **Mediação e Arbitragem**. Sp. Saraiva, 2012.

BERCOVICI, Gilberto. **Planejamento e políticas públicas: por uma nova compreensão do papel do estado**. In: BUCCI, Maria Paula D. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula D. (org.). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006. p. 143-162.

BRASIL. **Emenda Constitucional Nº 95 de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm>. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. **LEI Nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/141.htm>. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em 10 dez. 2018.

_____. **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em 10 jun. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. LEI Nº 5.172, DE 25 DE OUTUBRO DE 1966. **Código Tributário Nacional**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L5172.htm. >. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. LEI Nº 10.257, DE 10 DE JULHO DE 2001. **Política Urbana**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.htm>. Acesso em: 23 dez. 2018.

_____. PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017. financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei Complementar 3141 de 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/n/novo-hamburgo/lei-complementar/2018/3141/3141/lei-complementar-n-3141-2018-altera-e-acrescenta-os-dispositivos-que-menciona-na-lei-municipal-n-1031-2003-que-consolida-a-legislacao-tributaria-municipal-instituindo-o-codigo-tributario-municipal-consolidado-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei Municipal 2985 de 2017. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/n/novo-hamburgo/lei-ordinaria/2017/298/2985/lei-ordinaria-n-2985-2017-consolida-a-legislacao-municipal-que-dispoe-sobre-a-estrutura-administrativa-organizacional-da-prefeitura-municipal-de-novo-hamburgo>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Lei Municipal 130 de 1996. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/rs/n/novo-hamburgo/lei-ordinaria/1996/13/130/lei-ordinaria-n-130-1996-cria-o-fundo-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Decreto 8624 de 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/rs/n/novo-hamburgo/decreto/2018/861/8614/decreto-n-8614-2018-estabelece-o-indice-de-atualizacao-monetaria-aplicavel-aos-tributos-municipais-para-o-exercicio-de-2019-nos-termos-da-lei-municipal-n-1031-2003-de-24-de-dezembro-de-2003>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Makron Books, 2002.

CREPALDI, Silvio Aparecido; CREPALDI, Guilherme Simões. **Orçamento Público: Planejamento, elaboração e controle**. 1. Ed. – São Paulo: Saraiva 2013, 249 páginas.

CONASS. **Norma Técnica 06/12**. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2012/01/NT-06_2012-LC-141.pdf>. Acesso em 10 jun. 2018.

COSTA, Regina Helena. **Princípio da Capacidade Contributiva**. 4ª ed. São Paulo: Malheiros, 2012.

DAB. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 22 mar. 2019.

DAGNINO, Renato Peixoto. **Planejamento Estratégico Governamental**. Florianópolis: UFSC; Brasília, CAPES-UAB, 2014. [Unidade 2 e 3 p. 63-126].

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Direito Administrativo**. 26. Ed. São Paulo: Atlas, 2013.

DOMINGUES, José Marcos. **Legitimação Constitucional dos tributos e o princípio da capacidade contributiva**. Revista Dialética de Direito Tributário, n.º 192 – ano 2011.

DYE, Thomas R. **Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas**. HEIDEMANN, Francisco; SALM, José Francisco (orgs.). Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise. 2 ed. Brasília: Ed. UnB, 2010. In: p. 99-128.

FEE. **Fundação de Economia e Estatística**. Disponível em: <<https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=Novo+Hamburgo>> Acesso em: 25 abr. 2019.

_____. **Fundação de Economia e Estatística**. Disponível em: <www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/detalhe/?municipio=S%E3o+Leopoldo> Acesso em: 25 abr. 2019.

GABARDO, Emerson. **Eficiência e Legitimidade do Estado: uma análise das estruturas simbólicas do direito político**. Barueri, SP: Manole, 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Políticas sociais: Acompanhamento e análise**. Brasília, 2016.

_____. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_alphacontent§ion=31&category=337&Itemid=359&limits tart=100> Acesso em: 21 dez de 2018.

JORNAL NH. Silva. Roberta. Disponível em: <http://www.jornalnh.com.br/_conteudo/2017/07/noticias/regiao/2148110-apos-20-anos-prefeitura-inicia-recadastramento-de-imoveis-em-novo-hamburgo.html> Acesso em: 21 dez de 2018.

JUNQUILHO, Gelson Silva. **Teorias da Administração Pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC: CAPES: UAB, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LOPES, Patrícia Silveira. **Aumento da carga tributária e o reflexo no consumidor**, 2015. Disponível em: < <https://pattysil2003.jusbrasil.com.br/artigos/16537701> > Acesso em: 21 mar 2019.

KOHAMA, Hélio. **Contabilidade Pública: teoria e prática**. 13. Ed. – São Paulo: Atlas, 2013, 410 páginas.

MANUAL DO GESTOR DO SUS: “**Diálogos no Cotidiano**” / CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro : CEPESC/IMS/UERJ, 2016. 324p

MARTON, Ronaldo Lindimar José. **Os tributos e a política tributária em uma sociedade democrática**. In: **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, out 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigoid=10520>. Acesso em 22 jun. 2018.

MAZZOTI, Alda A., GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: Pesquisa Quantitativa e Qualitativa**. 5. ed. Pioneira: São Paulo, 1988.

MEDEIROS, Alexandre Alves. **O olhar dos gestores públicos sobre o financiamento da saúde brasileira: gasto social ou política de investimento?** Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148108/001000446.pdf?sequence=1>>. Acesso em 17 dez. 2018.

MINTZBERG, Henry. **Administrando governos, governando administrações**. Revista do Serviço Público, n. 4, out.-dez. 1998, p. 148-164.

NOB/RH – SUS (2005) Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em 23 jun. 2018.

NOVO HAMBURGO. Lei 1031-03. **Sistema Tributário de Novo Hamburgo**. Disponível em: <<https://camara-municipal-do-novo-hamburgo.jusbrasil.com.br/legislacao/448417/lei-1031-03>> Acesso em: 10 de dez. 2018.

PASCARELLI FILHO, Mario. **A nova administração pública: profissionalização, eficiência e governança**. São Paulo: DVS Editora, 2011. 22 a 24 de novembro de 2006.

PACKER, A. L. **Os periódicos brasileiros e a comunicação da pesquisa nacional**. Revista USP [online], São Paulo, n. 89, p. 26-81, maio 2011. Disponível em: . Acesso em: 16 mar. 2019.

PETER, Priscila Brandão. **IPTU como Instrumento de Justiça Social**. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalho> Conclu

sao /viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4708321 > Acesso em: 21 marc. 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. **História das Políticas de Saúde no Brasil**. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

PORTAL **Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45176-pesquisa-do-inca-relata-impactos-na-vida-de-pacientes-curados-do-cancer> >. Acesso em: 26 fev. 2019.

PORTAL **DATASUS**. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/consdetalhereenvio2.php>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

PMS - **Plano Municipal de Saúde PMS 2018/2021**. Disponível em: < https://saude.novohamburgo.rs.gov.br/arquivos/File/CMS/2018/PMS%202018%20A%202021_revisto.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2019.

REIS, Tiago. **Política Fiscal**. Disponível em: < Suno Research em <https://www.sunoresearch.com.br/artigos/politica-fiscal/> 2018>. Acesso em: 26 fev. 2019.

ROESCH, Sylvia M. Azevedo. **Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Florianópolis: UFSC; Brasília, CAPES-UAB, 2009.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

SIMÃO et al. **Índices para o Desenvolvimento Sustentável**. In: SILVA, Christian Luiz da; SOUZA-LIMA, José Edmilson de. Políticas Públicas e Indicadores para o Desenvolvimento Sustentável. São Paulo: Saraiva, 2011.

STECA, Fernando P. **Documento Base para o Programa de Educação Fiscal**. Disponível em: <http://educacaofiscal.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/DOC-BASE-PNEF-2017_revisado2.pdf >. Acesso em: 26 jun. 2018.

STJ. **Súmula 160**. Disponível em: < <http://www.conteudojuridico.com.br/sumula-organizada,stj-sumula-160,2536.html>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

STN. Secretaria do tesouro Nacional. **O que você precisa saber sobre as transferências fiscais da União**. Disponível em: <http://www.stn.fazenda.gov.br/documents/10180/329483/pge_cartilha_principios_basicos.pdf>. Acesso em: 20 marc. 2019.

TEMPORÃO, José Gomes. **POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: UM SÉCULO DE LUTA PELO DIREITO À SAÚDE.** Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f_TO0MPJgPk. >. Acesso em: 20 mar. 2019.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

VICTORIO, Hugo Cabral. **Classificação dos tributos em espécie.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, XVII, n. 126, jul 2014. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=15071>. Acesso em: 15 abr 2019.

WAGNER, Gastão. **CONFERÊNCIA ESTADUAL de SAÚDE do Rio Grande do Sul, 2015, Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas, Direito do Povo Brasileiro.** Porto Alegre, 2015.

WAGNER, Gastão. Disponível em: < <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/defesa-do-sus-depende-do-avanco-da-reforma-sanitaria-diz-gastao-wagner/33370/>>. Acesso em 23 dez. 2018.

SUS: A saúde do Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf>. Acesso em: 26 dez 2018.