

DILEMAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS DA SAÚDE FRENTE À GESTÃO ORÇAMENTÁRIA: APRENDIZADOS EM UM MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA

DILEMMAS IN THE MANAGEMENT OF HEALTH SERVICES FACING BUDGET MANAGEMENT: LEARNING IN A MUNICIPALITY OF SANTA CATARINA

DOI: [10.31864/2447-2921.2023.5300](https://doi.org/10.31864/2447-2921.2023.5300)

Maxiliano de Oliveira

Graduado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Catarina

max@cmaxeventos.com.br

<https://orcid.org/0009-0000-1544-9802>

Elaine Cristina de Oliveira Menezes

Doutora em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina

eoliveira.menezes@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1427-0744>

Fabiano Maury Raupp

Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia

fabianoraupp@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9533-2574>

RESUMO

O artigo tem objetivo de discutir dilemas e aprendizados da gestão de serviços da saúde municipal frente à gestão orçamentária. A pesquisa é do tipo descritiva, um estudo de caso, com abordagem predominantemente qualitativa. Os dados foram coletados por meio de relatórios contábeis e de entrevista semiestruturada com o Secretário de Saúde à época, sendo analisados pela técnica da análise descritiva. Na gestão da saúde é perceptível a evolução na prestação destes serviços ao cidadão. Foram observados aspectos estratégicos de articulação regional e também de uma gestão que buscou ser responsável do ponto de vista fiscal, o que possibilitou melhorias no serviço prestado ao cidadão sem a consequente ampliação dos recursos próprios aplicados. Apesar das muitas dificuldades dos municípios neste segmento, demonstra-se que uma gestão dos recursos públicos eficiente e responsável pode ampliar os serviços prestados, sem necessariamente culminar em maior aplicação de recursos próprios.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Orçamento; Dilemas; Aprendizados.

ABSTRACT

The article aims to discuss dilemmas and lessons learned in the management of municipal health services in relation to budget management. The research is of the descriptive type, a case study, with a predominantly qualitative approach. The data were collected through accounting reports and semi-structured interviews with the Secretary of Health at the time, being analyzed using the technique of descriptive analysis. In health management, the evolution in the provision of these services to the citizen is noticeable. Strategic aspects of regional articulation were observed, as well as a management that sought to be responsible from a fiscal point of view, which enabled improvements in the service provided to the citizen without the consequent

expansion of the own resources applied. Despite the many difficulties of the municipalities in this segment, it is demonstrated that an efficient and responsible management of public resources can expand the services provided, without necessarily culminating in a greater application of own resources.

Keywords: Health services; Budget; Dilemmas; Learnings.

1 INTRODUÇÃO

O início do século XXI tem apresentado inúmeros desafios para a gestão pública. Alguns já são objeto de estudo desde a década de 1990 e apontam para a necessidade de um novo modelo de gestão para o setor público, modelo este que considere a busca pela otimização dos recursos públicos, e que seja mais transparente e efetivo à sociedade. Tais desafios podem ser sintetizados nos seguintes pressupostos que permeiam a dinâmica da gestão pública na atualidade: i) ampliação das necessidades sociais à medida que as sociedades se desenvolvem; ii) redução gradativa da população economicamente ativa; iii) necessidade de ampliação da transparência da gestão pública; iv) federalismo fiscal desequilibrado no quadro da gestão pública brasileira; e v) envelhecimento da população com novos e complexos problemas no âmbito da saúde e maior peso sobre o orçamento da seguridade social (REZENDE, 2007; GIAMBIAGI; ALÉM, 2008; MATIAS-PEREIRA, 2009).

Neste cenário a gestão da saúde pública no Brasil reúne um conjunto de atividades complexas no quadro da gestão dos serviços e da gestão orçamentária. A função saúde, no grupo das finanças públicas, é uma função de governo que gera externalidades positivas para o desenvolvimento e qualidade de vida da população. Todavia, por possuir forte relação com a estrutura de mercado exige do gestor uma forma de perceber e gerenciar os recursos de maneira diferenciada. Exige também conhecimento de saúde pública, de mercado de medicamentos, de equipamentos e demais características da saúde privada, ou seja, requer um conhecimento amplo de várias áreas para poder administrar com eficiência, qualidade e responsabilidade, e uma relação direta e cotidiana com a sociedade, pois necessita perceber as dificuldades e mudanças das demandas do cidadão. No âmbito municipal o contato com o cidadão é direto, o que pode tornar a gestão da saúde ainda mais complexa, levando em consideração as demandas dos gestores em relação à gestão do tempo do mesmo. Todavia, também é por meio desse contato que se consegue obter informações mais reais acerca da necessidade do cidadão.

Quando se trata de municípios, a complexidade não é uma prerrogativa da gestão da saúde, mas está espalhada por toda a gestão, ocorrendo também, por exemplo, com a questão orçamentária. Levando-se em consideração que atualmente gasta-se mais do que 15% em saúde nos municípios brasileiros e que o percentual exigido para aplicação da receita própria no mínimo em educação de 25% (BRASIL, 1988), percebe-se que se não houver uma gestão em saúde eficaz, fomentando processos, economia, bem como valendo-se da articulação regional para multiplicar as atividades e ações municipais, certamente os gestores municipais terão dificuldades de realizar investimentos em outras áreas. Para Santos (2003) entre os governos municipais os maiores comprometimentos das despesas referem-se aos setores da saúde e da educação. Aqueles com maior capacidade de enfrentar os desafios orçamentários são as cidades médias e grandes, visto que a exploração da base econômica lhes proporciona maior arrecadação própria, além de maiores transferências da quota-parte do ICMS, ficando os municípios pequenos extremamente dependentes de receitas de transferências constitucionais, como é o caso do município pesquisado, Nova Trento, Estado de Santa Catarina.

Amparada neste contexto, a problemática do estudo se desenvolve sobre o prisma da oportunidade de aprendizagens: a possibilidade de identificar aprendizados relacionados à gestão de serviços da saúde municipal frente à gestão orçamentária, a partir de resultados

obtidos no município de Nova Trento.

Acredita-se que o estudo empreendido proporciona contribuições de ordem teórica e prática. Em termos teóricos se debruça sobre um tema pouco explorado, sobretudo quando conecta gestão da saúde e gestão orçamentária na dimensão municipal. Neste íterim, contribui com a área de conhecimento agregando resultados em um campo escasso de trabalhos na perspectiva aqui trabalhada. Em paralelo vislumbram-se também contribuições práticas, pois apresenta aprendizados decorrentes da articulação regional e que possibilitaram amenizar alguns dilemas e aperfeiçoar os serviços de saúde, dilemas estes decorrentes, principalmente, da característica orçamentária própria de pequenos municípios. Gestores poderão se apropriar dos resultados no sentido de aperfeiçoar os serviços da saúde em seus municípios.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 GESTÃO DE SERVIÇOS DA SAÚDE MUNICIPAL

No Brasil a política de saúde teve sua trajetória marcada na década de 1970 por meio de um movimento chamado Reforma Sanitária Brasileira. O debate ocorreu em uma época em que o país se regia pela ditadura militar. Após esses debates da década de 1970, o movimento tomou força em 1986 quando foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Durante o evento foram discutidos pontos importantes, como os princípios necessários à criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Por meio do evento foram definidas as políticas públicas de saúde acompanhadas pela sociedade como um todo, que teria a participação efetiva das três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Muitas das propostas sugeridas foram incorporadas no texto da Constituição Federal de 1988 – CF/88. A CF/88 expressou na redação da seção referente à saúde, no Título VIII da Ordem Social, o reconhecimento do direito à saúde como um direito de cidadania e dever do Estado, e também constituiu o SUS, como um modelo de reorganização setorial, política e administrativa da saúde pública brasileira (BRASIL, 1988).

Ainda no campo das legislações, a Lei n. 8.080/1990 discute a organização, direção, gestão e atribuições de competência desse sistema. No seu art. 8º destaca que “as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: i) no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; ii) no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e iii) no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 2021c).

No art. 10. Desta mesma Lei fica opcional aos municípios a possibilidade de constituírem consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. O § 2º desse mesmo artigo destaca que “no nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde”. A gestão da saúde conta com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. Cabível ainda destacar que a referida Lei traz em seu art. 18 as competências específicas da direção municipal do SUS (BRASIL, 2021c).

Mesmo com todos estes avanços e com possíveis intenções nobres por trás da descentralização, Mendes, Teixeira e Ferreira (2021) destacam que os problemas relacionados

à saúde pública ainda são muitos, como: dificuldades relacionadas ao acesso e tratamento, estrutura inadequada de alguns hospitais, falta de profissionais especializados, e recursos escassos. Destacam que os problemas são agravados em momentos de crise, uma vez que a atividade econômica diminui, impactando na arrecadação e resultando em redução de repasses para todas as áreas, o que inclui a saúde. Tais questões estão sendo presenciadas com a pandemia da Covid-19. Outros fatores agravam o fornecimento do serviço de saúde como o aumento da população ao longo dos anos e da taxa de envelhecimento populacional. De forma geral, “o financiamento da saúde pública possui limitações como a escassez e a distribuição de recursos, das quais comprometem a prestação do serviço público de qualidade” (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2021, p. 87).

A partir da descentralização, “o principal responsável pela saúde passou a ser o município, atuando no bloco relativo à atenção primária, com a gestão e operação municipal repercutindo no desenvolvimento local e regional” (MILANI *et al.*, 2020, p. 272). Para Kroth e Guimarães (2019), mesmo a descentralização do SUS, que permitiu maior proximidade com as demandas de saúde locais, também tem gerado preocupações em relação à capacidade técnica e à transparência na governança e supervisão da política de saúde, principalmente em municípios menores que, supostamente, teriam menor capacitação técnica.

O direito à saúde é definido pela Carta Magna (BRASIL, 1988) e tem o SUS como sistema de gerência (BRASIL, 1988; BRASIL, 2021c). Dentre as características que permeiam a forma como o sistema está estruturado, a descentralização, sem dúvida, recebeu destaque. Os municípios passaram a ter maiores responsabilidades (KROTH; GUIMARÃES, 2019; MILANI *et al.*, 2020; MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2021), principalmente pela proximidade que sempre tiveram com o cidadão, e que a partir da descentralização tornaram-se mais latentes. Os desafios de uma gestão da saúde eficiente no âmbito municipal são muitos, difíceis de serem superados principalmente nos municípios menores (SANTOS, 2003; KROTH; GUIMARÃES, 2019). Totalmente imbricada neste contexto está a gestão orçamentária e que será objeto de discussão na próxima seção.

2.2 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA MUNICIPAL

A partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, houve inovações no processo orçamentário brasileiro, permitindo aperfeiçoamentos no planejamento e controle dos gastos públicos. Apesar de a Lei n. 4.320/1964 (BRASIL, 2021a) ser o marco inicial do processo orçamentário no Brasil, acompanhado pelo Decreto n. 200/1967 (BRASIL, 2021b), o início do século XXI trouxe inúmeros avanços, em termos da busca de resultados, no quadro do planejamento e controle da administração pública (GIACOMONI, 2012).

A Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei n. 101/2000 (BRASIL, 2000d), ampliou os princípios da transparência e do planejamento para a administração pública, acompanhada pela Lei da Transparência, Lei n. 131/2009 (BRASIL, 2021f), e pela Lei de Acesso à Informação (LAI), Lei n. 12527/2012 (BRASIL, 2021g). No campo dos registros e gestão das contas públicas, a Secretaria do Tesouro Nacional, conjuntamente com o Conselho Federal de Contabilidade apresentou novos mecanismos de registro, acompanhamento e avaliação das demonstrações contábeis e das contas do setor público a partir de 2008. Foram observadas mudanças substanciais nos normativos legais para a gestão orçamentária do setor público no final do século XX e início do século XXI.

As três peças orçamentárias ampliadas e ajustadas pela Constituição Federal de 1988, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), são conformadas em um ciclo que caracteriza o sistema orçamentário brasileiro e é composto pelas seguintes fases: elaboração, aprovação, execução e controle. No que se refere

à elaboração das leis que comportam tais peças orçamentárias verifica-se que a primeira delas e que serve de base para as demais é a do PPA, sendo a LDO e a LOA a segunda e terceira, respectivamente.

Deve-se considerar na fase de elaboração que o PPA é a lei de maior abrangência e “estabelecerá, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada” (BRASIL, 1988). A segunda peça que conforma o sistema orçamentário no Brasil é a LDO e “compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente” (BRASIL, 1988). A terceira peça, a LOA, é o plano operacional do Estado e compreenderá: I – o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público; II – o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; III – o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público (BRASIL, 1988).

Na fase da aprovação das leis do orçamento ocorre a apreciação destas peças pelo Poder Legislativo. Na fase de execução do orçamento público tem-se efetivamente a operacionalização do que foi elaborado e aprovado e, portanto, a gestão financeira do orçamento. Nessa fase há publicação do Quadro de Detalhamento da Despesa – QDD, documento contendo dados mais analíticos em nível de projetos, atividades, operações especiais e de elemento de despesa, os órgãos ou unidades orçamentárias que colocarão em prática o orçamento.

As últimas fases do ciclo orçamentário brasileiro correspondem à execução e ao controle. De forma específica, o controle é conformado pela Constituição Federal de 1988 e será, segundo Giacomoni (2012), interno, externo e social: i) Interno: quando realizado por agentes do próprio órgão; ii) Externo: quando realizado pelo Poder Legislativo, auxiliado tecnicamente pelo Tribunal de contas; iii) Social: acompanhamento pela sociedade da definição e acompanhamento da alocação de recursos públicos em diferentes áreas e funções de governo.

Neste momento faz sentido retomar a Lei n. 8.080/1990 em pontos específicos nos quais é percebida a interação entre as gestões da saúde e orçamentária (BRASIL, 2021c). No art. 31, por exemplo, é definido que “o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades” (BRASIL, 2021c), tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO.

Já o art. 35 faz menção ao estabelecimento de valores que serão transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, e que decorre da combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos: I - perfil demográfico da região; II - perfil epidemiológico da população a ser coberta; III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 2021c). Alguns destes critérios, de certa forma, contribuem para que municípios de pequeno porte recebam parcelas inferiores de recursos necessários à prestação de serviços de saúde quando comparados aos municípios de porte maior.

No caso dos municípios, “dotados de autonomia política e administrativa, necessitam conciliar as demandas sociais e sua capacidade estatal. Essa conciliação visa a formulação e

implementação de políticas públicas em busca da manutenção do estado e do bem-estar da população” (MENDES; FERREIRA, 2021, p. 132), o que inclui questões relacionadas à saúde. “A conciliação entre a capacidade estatal com a demanda social e o cumprimento da legislação fiscal se torna complexa”, mesmo que a finalidade das normas fiscais seja a de manter o equilíbrio das contas públicas, ainda que os recursos sejam escassos e as necessidades sociais sejam crescentes (Idem, p. 132). No caso da saúde, os gastos mínimos regulamentos para os municípios são de 15% (BRASIL, 1988).

Mesmo a CF/88 apontando diversos instrumentos orçamentários que podem contribuir com a eficiência do gasto público em saúde, também reconhece a diversidade de situações em que se encontram os municípios brasileiros. Para tal, são estabelecidas exigências diferenciadas em função da população municipal. Os instrumentos orçamentários são de iniciativa exclusiva do Poder Executivo, integrados pelo orçamento do Poder Legislativo, para constituírem-se na proposta orçamentária municipal. O orçamento dos municípios deve ser um retrato das prioridades, cenários, planejamentos, possibilidades e discussões decorrentes do diálogo entre os diferentes atores sociais (ENAP, 2018).

É preciso destacar o fato de que o gasto em saúde no Brasil teve uma trajetória de crescimento desde os anos 2000 em função da EC 29/2000 “[...] que vinculou recursos públicos mínimos para a saúde, mas o crescimento verificado foi insuficiente para atender aos requisitos legais do sistema público universal” (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, p. 30, 2021). Bem como as mudanças geradas pela EC n. 86/2015 (BRASIL, 2021h), que mudou o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS e manteve as regras vigentes para os demais entes federados, conhecida como orçamento impositivo (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2021).

Os autores supracitados apontam para os riscos que o teto de gasto provocou no quadro dos gastos com saúde pública com a EC n. 95/2016, que congela aplicação mínima da União até 2036. E o contexto da pandemia trouxe alertas que podem trazer mudanças no quadro das restrições e limites impostos por essa emenda (BRASIL, 2021i).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa empreendida é do tipo descritiva, realizada por meio de um estudo de caso, com abordagem predominantemente qualitativa. A tipologia descritiva decorre da intenção que teve o estudo de descrever o comportamento do orçamento municipal, em termos de receitas e despesas, no período de 2013 a 2018, bem como as mudanças na gestão de serviços da saúde neste mesmo período.

O estudo de caso ficou por conta do município de Nova Trento, em Santa Catarina, cujas algumas de suas características serão descritas brevemente nos próximos parágrafos. Por meio da abordagem qualitativa, já que não foram empregados instrumentos estatísticos sofisticados, foi possível apresentar os aprendizados obtidos pelo município na gestão da saúde diante de um comportamento orçamentário típico de municípios de pequeno porte.

O município de Nova Trento conta com uma população estimada em 2019 de 14.549 habitantes, sendo que 75 % da população vive na zona urbana e a densidade demográfica é de 30,26 hab./km². No quadro da população, dados de 2017, 6.720 pessoas estavam ocupadas, representando 45,5% da população. A renda média salarial é de 1,9 salários-mínimos. O PIB per capita de 2017 era de R \$37.131,33 e o IDH é de 0,748, colocando-o em um patamar de IDH mediano. Já em termos econômicos, na análise dos setores produtivos em relação ao valor adicionado municipal, a agropecuária tem contribuído com 3,4%, a indústria com 53,7%, os serviços com 29,0%, e a administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social com 13,8% (SEBRAE, 2019).

Tais características, populacionais e econômicas, fazem do município uma “imagem” daquilo que normalmente podemos encontrar em pequenos municípios brasileiros, razão que ajuda a justificá-lo como objeto de investigação. Em se tratando do tema de pesquisa aqui tratado, o desempenho de Nova Trento em aspectos relacionados à gestão da saúde tem sido avaliada de maneira a posicioná-lo acima da média do país. O Caderno de Desenvolvimento de SC (2019) demonstra que Nova Trento apresenta um excelente resultado no indicador número de leitos por 1000/habitantes, por exemplo, disponibilizando 3,56 leitos por mil habitantes.

Quanto à forma de coleta, os dados orçamentários foram obtidos, principalmente, a partir de relatórios gerados pelo setor de contabilidade. Em relação aos dados relacionados aos serviços de saúde, estes foram obtidos por meio de duas maneiras: a primeira refere-se aos relatórios gerados pela própria Secretaria de Saúde do município; a segunda diz respeito à entrevista semiestruturada realizada com o Secretário de Saúde à época. O conjunto de dados foram analisados e interpretados à luz da técnica da análise descritiva.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção inicialmente são apresentados os resultados obtidos com a pesquisa empírica: o comportamento orçamentário no período analisado e as mudanças na gestão de serviços da saúde identificadas. Em seguida são feitas discussões em relação ao caso investigado, com destaque para os aprendizados obtidos.

4.1 COMPORTAMENTO ORÇAMENTÁRIO NO PERÍODO ANALISADO

O comportamento orçamentário do período analisado (2013-2018) será apresentado do ponto de vista da receita (receitas correntes, receitas tributárias, transferências correntes, receitas de capital e transferências de capital) e da despesa municipal (despesas correntes, pessoal e encargos sociais, despesas de capital e transferências de capital). Inicialmente são apresentadas as tendências da receita municipal conforme Tabela 1.

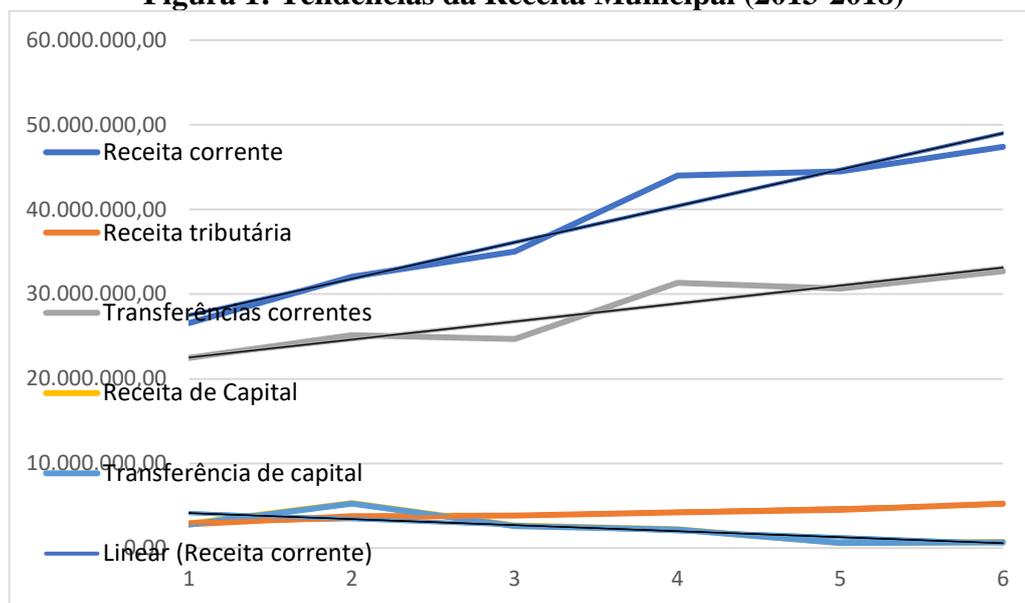
Tabela 1 - Tendências da Receita Municipal (2013-2018)

Receita	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Receita corrente	26.580.983,39	32.061.902,65	35.026.220,75	44.002.334,72	44.505.888,25	47.400.260,35
Receita tributária	2.816.495,11	3.766.828,29	3.846.994,01	4.227.396,59	4.534.497,82	5.253.202,49
Transferências correntes	22.464.375,90	25.139.816,13	24.678.959,55	31.317.193,23	30.636.990,32	32.703.620,42
Receita de Capital	2.880.624,60	5.310.352,19	2.651.996,73	2.224.683,45	605.470,76	694.006,50
Transferência de capital	2.796.369,25	5.249.448,83	2.596.266,93	2.196.346,45	605.235,76	680.230,00

Fonte: Dados da pesquisa com base Portal Meu Município (2021)

Em uma análise geral é possível perceber que a receita total apresentou aumentos sucessivos de 2013 a 2018. Por outro lado, uma análise individual demonstra que cada um dos seus componentes teve participações diferentes neste comportamento. Nesta análise mais específica observamos que os aumentos mais expressivos ficaram por conta das receitas e transferências correntes. Acompanha esse comportamento, de certa forma, a receita tributária. Já as receitas e transferências de capital demonstraram sucessivas reduções ao longo dos anos. Aspecto que têm sido observados tendencialmente no quadro da gestão pública, em especial a municipal (MENEZES *et al.*, 2020). Esta análise pode ser acompanhada também a partir da Figura 1.

Figura 1: Tendências da Receita Municipal (2013-2018)



Fonte: Dados da pesquisa com base Portal Meu Município (2021)

A Figura 1 apresenta graficamente a tendência de aumentos na arrecadação com receita corrente, tributária e transferências correntes já inferidas anteriormente, bem como as quedas com receita e transferência de capital. Como a intenção é apresentar um diagnóstico do comportamento orçamentário procurou-se trazer análises semelhantes em relação à despesa, como pode ser observado na Tabela 2.

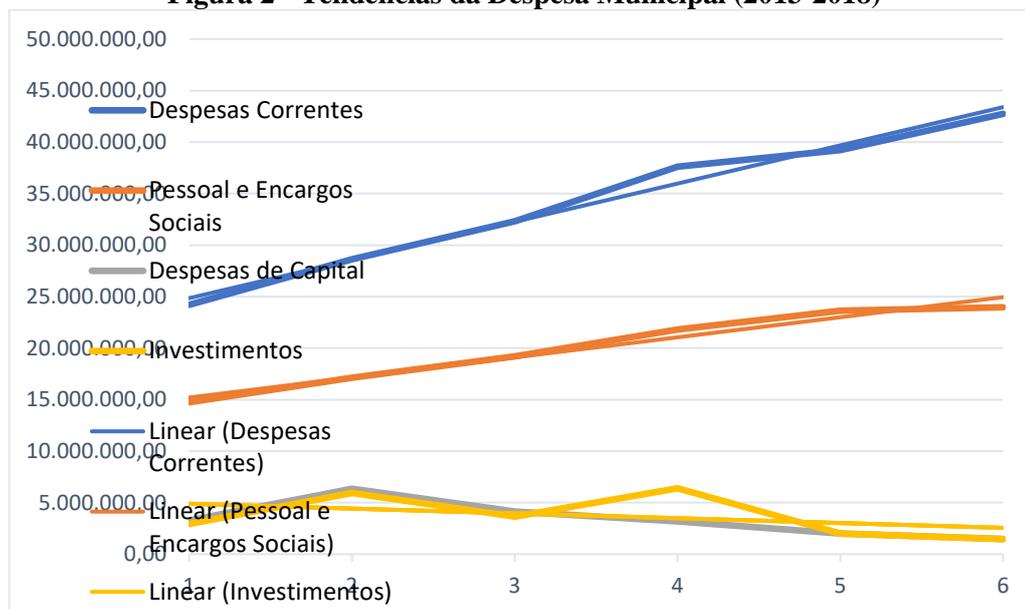
Tabela 2 -Tendências da Despesa Municipal (2013-2018)

Despesa	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Despesas Correntes	24.206.315,25	28.619.525,12	32.319.553,83	37.623.474,43	39.223.790,84	42.744.382,58
Pessoal e Encargos Sociais	14.748.614,34	17.117.420,89	19.195.813,99	21.808.685,76	23.621.984,87	23.968.016,10
Despesas de Capital	3.277.765,19	6.353.651,35	4.146.460,91	3.198.095,70	2.001.035,39	1.475.579,65
Investimentos	2.922.856,42	5.940.243,28	3.642.211,95	6.396.191,40	1.994.164,84	1.468.079,65

Fonte: Dados da pesquisa com base Portal Meu Município (2021)

De forma semelhante à receita, é possível perceber que, em uma visão geral, as despesas aumentaram na medida em que os anos se passaram. Como forma de detalhar tal análise, a Tabela 2 traz, de forma discriminada, os elementos que contribuíram para a formação da despesa municipal de 2013 a 2018. As despesas correntes e com pessoal e encargos sociais apresentaram aumentos subsequentes ao longo dos anos.

Todavia, as despesas de capital e com investimentos, mesmo com alguns picos de aumentos, aparecem com uma tendência de queda no período analisado, reforçado pelos argumentos de Menezes et al (2020) de que os municípios tendem a cumprir a aplicação em gastos constitucionais, o que compromete grande parte dos seus recursos, restando muito pouco para investimento. Essas análises também podem ser observadas a partir da Figura 2.

Figura 2 - Tendências da Despesa Municipal (2013-2018)

Fonte: Dados da pesquisa com base Portal Meu Município (2021)

A Figura 2, apesar de confirmar análises anteriores, deixa evidente algumas questões ainda não apontadas. Em relação às despesas correntes e com pessoal e encargos sociais, mesmo o comportamento sendo semelhante, observa-se um aumento mais expressivo (monetário e percentual) das despesas correntes. Para as despesas de capital e investimento, além do comportamento de queda, os montantes monetários também são semelhantes, principalmente no ano inicial da análise (2013) e nos anos finais (2017 e 2018), seguindo a tendência dos estudos no âmbito municipal (MENEZES *et al.*, 2020).

Quando confrontamos as receitas e despesas para inferir sobre o comportamento orçamentário do município, a partir de uma análise que considerou apenas os elementos que foram aqui apresentados, percebe-se um saldo positivo em todos os anos, com uma tendência de crescimento no período analisado. Após a análise do comportamento orçamentário municipal são apresentadas as principais mudanças na gestão de serviços da saúde.

4.2 MUDANÇAS NA GESTÃO DE SERVIÇOS DA SAÚDE MUNICIPAL

O município pesquisado é um município de pequeno porte e apresenta inúmeros dilemas comuns a outros municípios pequenos do Brasil. A título de exemplo, havia inúmeros déficits na gestão da saúde municipal que tentavam ser supridos pelo acesso à médicos e exames em hospitais da capital do Estado, Florianópolis. Neste sentido, desde 2013 a Secretaria Municipal de Saúde e Desenvolvimento Comunitário iniciou e passou a apresentar mudanças expressivas na prestação de serviços da saúde. No período de 2013 a 2018 buscou a melhoria do atendimento aos serviços de saúde, tendo como características principais a profissionalização e a humanização dos procedimentos, conforme entrevistado. Como consequência do trabalho realizado, a Secretaria assumiu a direção do plano de recuperação e ampliação das Unidades de Saúde do município.

Nesse plano de recuperação coube a reforma e a ampliação da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito de Aguti, da Madre Paulina, do Trinta Réis e de Claraíba, nos principais bairros do município. Foi construída, ainda, a UBS do Bairro Besenello, que atende cerca de 4.000 habitantes, conforme entrevistado. O plano também incluiu a implantação de serviços de Cirurgias Eletivas, iniciando com cinco (05) especialidades: Ortopedia, Geral,

Otorrinolaringologia, Vascular e Cataratas. Tais serviços passaram a dar maior conforto e disponibilidade ao cidadão de Nova Trento que tinha que buscá-los em outros centros maiores.

Foram realizadas, também, obras no Hospital Imaculada Conceição, com destaque à reforma do Centro Cirúrgico e da Emergência e à criação de um setor de Imagem, com serviços de Raio X Digital, Mamografia, Densitometria Óssea e Ultrassonografia. Aqui chama a atenção o fato de que o Hospital atende também cidadãos de outros municípios da região, como São João Batista, Major Gercino, Leoberto Leal, Angelina, Canelinha, Tijucas, do Vale do Rio Tijucas; e Palhoça, São José, Águas Mornas, Antônio Carlos, Governador Celso Ramos, Biguaçu, Garopaba, Paulo Lopes, São Bonifácio, Rancho Queimado, Anitápolis, municípios que compõem a Grande Florianópolis. O que demonstra que mudanças na prestação de serviços de saúde de um município e o atendimento e resolução de problemas em um município ou território reverbera benefícios para o seu entorno (PECQUEUR, 2006; MENEZES et al, 2020). Além disso, verificou-se que o Hospital presta serviços médicos e hospitalares aos peregrinos e turistas que visitam o município de Nova Trento, em especial, o Santuário de Santa Paulina, que recebe em média (antes da pandemia) 75 mil turistas/mês.

Com a criação do Ambulatório, junto ao Hospital, foi possível a introdução de 12 (doze) especialidades médicas, dentre as quais destaca-se: Psiquiatria, Nutrição, Urologia, Otorrinolaringologia, Vascular, Geriatria, Oftalmologia/Cataratas, Ortopedia, Endocrinologia e Consultas em Cirurgia Geral. Além dessas melhorias, outras medidas voltadas para a prevenção de doenças e auxílio às pessoas delas dependentes foram criadas. Podem ser citados mais de 30 (trinta) grupos de Hiperdia (hipertensos e diabéticos) distribuídos por todo o município. Foram implementados os serviços de audiometria, mapeamento da retina, Raio X Odontológico Digital, ampliação de três (3) equipes de Saúde da Família e uma (1) equipe de saúde bucal, completando 100% de cobertura na atenção básica. As unidades de saúde também foram contempladas com os serviços odontológicos de prótese dentárias.

Durante esse período foram adquiridas ambulâncias para o SAMU, para o Hospital, para as UBS do Distrito do Agutí, bem como Vans para o transporte de pacientes e veículos para apoio à saúde dos cidadãos. Os profissionais da área de saúde receberam, durante esse período, formações para melhorar e humanizar o atendimento ao cidadão. Poderíamos descrever outras tantas melhorias que se fizeram necessárias de forma a otimizar os serviços de atendimento à população.

Todas essas mudanças atraíram pacientes que desejavam ser atendidos no hospital municipal, bem como colocou a secretaria de saúde entre as melhores do Vale do Rio Tijucas. As reuniões entre secretários municipais de saúde também foi um espaço de trocas e de aprendizagem, demonstrando que aspectos da Lei n. 8.080/1990 foram importantes no sentido de sugerirem a formação dos conselhos de secretários de saúde municipal, espaços de trocas e de inovações na gestão da saúde regional (BRASIL, 2021c). Os aspectos de mudanças ocorridas na gestão da saúde demonstram possibilidades e o papel do gestor público na transformação dos serviços prestados ao cidadão no nível local.

Oportuno neste contexto trazer Etzioni (2014, p. 300) que ao tratar da concepção alternativa de *accountability* baseada na gestão da saúde destaca que “[...] o administrador deve [...] estabelecer um equilíbrio adequado entre os objetivos educacionais da apuração de qualidade e a necessidade de impedir e detectar práticas negligentes ou incompetentes [...]”. Assim, Etzioni (2014) aponta para a necessidade de gestores *accountable* estarem fortemente ancorados na ética da responsabilidade que, conforme Heidemann (2014), coloca frente a frente o agente detentor de expectativas e aquele que é encarregado pela sua satisfação. Fica evidente, no caso estudado, o papel do sujeito como agente transformador da realidade, principalmente

ao se analisar a evolução do município, cujos problemas na gestão dos recursos e serviços de saúde antes das mudanças implantadas são comuns na maioria dos municípios brasileiros com este porte. Mas que após a mudança passa a ser referência regional.

Outro aspecto a ser considerado é o fato de que, no início da gestão, tanto gestores do município, quanto representantes do judiciário consideravam necessário que o hospital municipal fosse gerenciado por terceiros, acarretando a terceirização ou concessão completa da gestão. Contrariando todas as expectativas do início do processo, o gestor público local apostou na não entrega do hospital, terceirizou alguns serviços, mas garantiu estrategicamente a gestão pública municipal da saúde. Nesse sentido, o presente estudo pode ser um indicativo de que a saúde pública deve ser gerenciada estrategicamente pelo estado, ainda que possa haver a prestação de alguns serviços pelo setor privado.

4.3 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

O relato do caso de Nova Trento em termos orçamentários e de mudanças na gestão de serviços de saúde suscita uma discussão de aprendizados que poderão ser apreendidos por outros municípios brasileiros. Como pode ser observado na seção anterior, durante a gestão da saúde do município entre 2013 e 2018 foram percebidas melhoras tanto nas condições de infraestrutura das UBS já existentes, quanto na instalação de novas unidades no município. Trazendo alguns dados mais específicos do caso em tela, destaca o entrevistado que os investimentos e ampliações nos serviços prestados culminaram na realização de mais de 5000 cirurgias eletivas realizadas no hospital e mais de 500 nascimentos; realização de mais de 3000 exames de sangue por mês; mais de 500 cirurgias de catarata ao ano; mais de 1.500 internações cirúrgicas ao ano e mais de 800 internações clínicas ao ano. Essas estatísticas eram em número bastante inferior antes do período analisado.

Necessário se fez a apresentação do breve diagnóstico orçamentário do município em uma das seções anteriores para perceber que o comportamento das receitas e despesas seguem tendências típicas de municípios brasileiros com o mesmo porte populacional. Portanto, parece lógico que se o município contasse apenas com o crescimento “normal” das receitas não teria condições de atender às mudanças implementadas na gestão de serviços da saúde. E aí reside um dilema de muitos gestores municipais, ou seja, a ausência de suporte orçamentário para que possam realizar melhorias nos diferentes serviços prestados aos cidadãos, dilema presente, sobretudo, em municípios de pequeno porte.

A ampliação dos serviços descritos não foi acompanhada pela ampliação do percentual de gasto das receitas próprias do município na saúde. O percentual de participação dos demais entes federados com recursos vinculados foi aumentando, enquanto os recursos próprios foram estabilizando e diminuindo, pelo menos em termos de crescimento percentual da receita própria. Os valores de recursos próprios e vinculados no período são apresentados por meio da Tabela 3.

Tabela 3 - Recursos próprios e vinculados 2013-2018

Recursos	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Próprio	2.262.425,94	2.437.233,43	R\$ 2.526.827,22	R\$ 3.498.397,07	2.567.851,8	2.371.284,80
Vinculado	351.838,66	1.297.872,06	R\$ 1.795.331,55	R\$ 2.155.717,93	2.123.281,97	2.531.450,25
Total	2.614.264,60	3.735.105,49	R\$ 4.322.158,77	R\$ 5.654.115,00	4691133,77	4.902.735,05

Fonte: Dados da pesquisa (2021)

A partir dos dados da Tabela 3, associado às observações já realizadas com as Tabelas

1 e 2, percebe-se que a participação dos demais entes federados, com recursos vinculados, foi crescendo, enquanto a participação dos recursos próprios foi decrescendo ao longo dos anos. Os dados demonstram que o percentual de recursos próprios aplicados foram diminuindo, caindo de 24,78% para 17,57% da receita própria municipal respectivamente. Este crescimento dos recursos vinculados deu-se pelo acesso a programas do Governo Federal e pelo aumento dos atendimentos de pacientes do município e de fora dele, atraídos pela qualidade dos serviços prestados.

Esses resultados divergem da tendência brasileira que desde 2004 observa uma elevação progressiva do percentual médio de aplicação do conjunto dos municípios em cada Unidade da Federação, superando os 15% dos seus recursos próprios (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2021). No caso da elevação dos percentuais pelos municípios brasileiros deu-se em função das mudanças e imposições que passaram a ser melhor regulamentadas pelas EC n. 29/2000 (BRASIL, 2000e), definindo os montantes mínimos para as aplicações de recursos pela União, estados, DF e municípios, e EC n. 86/2015 (BRASIL, 2021h), que mudou o método de cálculo do piso das aplicações da União no SUS e manteve as regras vigentes para os demais entes federados, conhecida como orçamento impositivo (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2021).

A descentralização dos serviços de saúde surgiu com a intenção de tornar mais próxima a implementação de políticas públicas da população, uma vez que os municípios têm mais contato com a demanda da sociedade (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2021). Apesar das muitas dificuldades dos municípios neste segmento, demonstra-se que com uma boa gestão dos recursos públicos pode-se ampliar os serviços prestados, sem necessariamente culminar em maior aplicação de recursos próprios.

No caso estudado há aspectos estratégicos de articulação regional: como o fortalecimento do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, como o acesso aos Programas do Governo Federal, o que afastou o risco de terceirização, e como a implementação de uma gestão eficiente. Isso possibilitou melhorias no serviço prestado ao cidadão sem a conseqüente ampliação dos recursos financeiros próprios aplicados. A articulação regional foi primordial, pois diante da demanda reprimida de municípios da região fomentaram-se novos processos (procedimentos cirúrgicos, exames etc.) nos serviços hospitalares e, com isso, foi possível obter maior resultado financeiro por produtividade (por atendimento).

Conforme o entrevistado, ao longo dos anos houve um reconhecimento regional e disponibilização, via Secretaria do Estado da Saúde e Ministério da Saúde, de programas direcionados ao Hospital Municipal Nossa Senhora do Bom Socorro de Nova Trento, que realizava atendimento 100% SUS gerenciado pela Secretaria Municipal da Saúde. Ainda segundo o entrevistado, a confiança, a responsabilidade com o resultado e a parceria regional passou a ser um aspecto importante e mudanças foram percebidas tanto pela Secretaria Estadual de Saúde, quanto por deputados que passaram a investir seus recursos de emendas parlamentares também no município.

As mudanças da EC n. 86/2015, também conhecida como Emenda do Orçamento impositivo, tornou obrigatória a execução de emendas parlamentares individuais até o valor de 1,2% da receita corrente líquida - RCL, sendo obrigatória a destinação de metade desse valor, 0,6% da RCL, para a saúde (VIEIRA; PIOLA; BENEVIDES, 2021). Dessa forma, os municípios passaram a receber um volume maior de recursos por emendas parlamentares para a saúde.

Os aprendizados analisados a partir do caso estudado demonstram que a gestão regionalizada da saúde pública, compartilhada estrategicamente e fomentada por processos de trabalhos, que inclusive são equivalentes ao que ocorre na iniciativa privada, reconhecendo que

a saúde não é um bem público puro, mas um bem meritório e é pressionado pelo sistema de gestão privado da saúde (REZENDE, 2007; GIAMBIAGI; ALÉM, 2008), pode evitar o que tem acontecido recorrentemente com equipamentos da saúde pública, como processos de concessões e privatizações.

As informações e mecanismos adequados à ampla informação acerca dos programas, projetos e demais instrumentos a serem acessados por municípios de pequeno porte no Governo Estadual e Federal, podem ser o caminho para que a universalização da saúde pública ocorra. Além disso, a gestão responsável passa a atrair recursos de emendas parlamentares. Nesse sentido, considera-se relevante, a profissionalização da gestão pública municipal de saúde para que o gerenciamento do seu patrimônio e dos seus serviços permaneçam nas mãos do poder público. É necessário usar recursos públicos de forma mais eficiente e articulada, bem como ter visão estratégica, e engajar as equipes que trabalham na saúde para que se possam alcançar resultados positivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo teve por objetivo discutir desafios e aprendizados da gestão de serviços de saúde municipal frente à gestão orçamentária. Da análise do comportamento orçamentário é possível perceber que, em uma visão geral, tanto as receitas quanto as despesas aumentaram na medida em que os anos se passaram e seguiram tendências típicas de municípios brasileiros com o mesmo porte populacional.

Deste modo, parece coerente que se o município contasse apenas com o crescimento 'normal' das receitas não teria condições de atender à evolução na prestação dos serviços de saúde ao cidadão. Foram observados aspectos estratégicos de articulação regional e também de uma gestão eficiente e responsável que possibilitou melhorias no serviço prestado sem a consequente ampliação dos recursos próprios aplicados, bem como atraiu a aplicação de recursos de emendas parlamentares.

Assim, o estudo lança luz para dilemas da gestão municipal de saúde quando apresenta aprendizados com o caso investigado. A articulação regional recebe destaque e pode pulverizar os desafios entre municípios vizinhos. O município A recebe o cidadão do município B para realizar um tratamento específico, enquanto o inverso acontece quando o município B recebe um cidadão do município A que necessita realizar um exame específico. Enquanto dividimos as responsabilidades, otimizamos também o uso dos recursos, sejam eles humanos e/ou materiais. As contribuições práticas da pesquisa acontecem nesta direção e podem ser apropriadas em outras gestões municipais. Visto a carência de estudos com esta temática pressupõe-se que o trabalho apresente também contribuições de ordem teórica.

Reconhece-se que a gestão pública municipal de saúde é complexa e envolve a gestão de recursos e controle dos três entes federados. Os gestores públicos ficam temerosos diante de tantos instrumentos de controle, levando alguns a decidirem pela delegação a terceiros da gestão. Mesmo com os problemas que a atual estrutura de repartição e gestão dos recursos públicos têm acarretado é possível enfrentar essas mazelas da administração pública municipal de maneira compartilhada, regionalizadas e responsável.

Com a noção de que a pesquisa não consegue dar conta das discussões necessárias sobre o tema, e também de que outras pesquisas a partir de diferentes abordagens devem ser realizadas, estudos futuros são encorajados. Primeiramente entende-se a possibilidade de replicar estudos semelhantes em outros municípios para buscar identificar práticas que resultem aprendizados diferentes destes que aqui foram abordados. Da mesma forma, sugere-se estudos com o mesmo escopo, porém, a partir de outras abordagens, como é o caso da abordagem

quantitativa. Não é demais lembrar que os resultados obtidos dizem respeito unicamente ao município de Nova Trento, sem condições de generalizações.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964**. 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14320.htm Acesso em: 19 abr. 2021
- BRASIL. **Decreto n. 200, de 25 de fevereiro de 1967**. 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del0200.htm Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 101, de 04 de maio de 2000**. 2000a. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. 2000b. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm Acesso em: 20 abr. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 131, de 27 de maio de 2009**. 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp131.htm Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRASIL. **Lei n. 12. 527, de 18 de novembro de 2011**. 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm Acesso em: 19 abr. 2021.
- BRASIL. **Emenda Constitucional n. 86, de 17 de março de 2015**. 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm Acesso em: 24 abr. 2021.

ESCOLA NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA - ENAP. **Políticas públicas e governo local**. Disponível em:

https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3840/1/PPGL_M%C3%B3dulo%20%20-%20Planejamento%20Municipal.pdf Acesso em: 20 abr. 2021.

ETZIONI, A. Concepções alternativas de accountability: o exemplo da gestão da saúde. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora UnB, 2014.

GIACOMONI, J. **Orçamento público**. São Paulo: Atlas, 2012.

GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. de. **Finanças Públicas: teoria e prática no Brasil**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

HEIDEMANN, F. G. Comentário: ética de responsabilidade: sensibilidade e correspondência a promessas e expectativas contratadas. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Brasília: Editora UnB, 2014.

KROTH, D. C.; GUIMARÃES, R. R. M. Pacto pela Saúde: Efeito do Tempo na Eficácia da Gestão Municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 53, n. 6, p. 1138-1160, 2019.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de gestão pública contemporânea**. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, W. A.; FERREIRA, M. A. M. A Influência da Accountability na Capacidade Estatal, na Alocação dos Recursos Públicos e no Desenvolvimento Socioeconômico em Municípios Brasileiros. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, v. 18, n. 46, p. 131-147, 2021. <https://doi.org/10.5007/2175-8069.2021.e74639>

MENDES, W. A.; TEIXEIRA, K. M. D.; FERREIRA, M. A. M. Os investimentos em saúde pública: uma avaliação do desempenho dos gastos públicos em Minas Gerais. **Enfoque Reflexão Contábil**, v. 40, n. 1, p. 87-104, 2021. <https://doi.org/10.4025/enfoque.v40i1.45643>

MENEZES, E. C. de O., SCHOMMER, P. C., ROCHA, A. C., & POZZOBON, F. Planejamento Municipal em Debate: Trajetória e Prioridades no Município de Florianópolis. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 12, n. 1, jan-mar 2020. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351561601011> Acesso em: 21 mar. 2021.

MEU MUNICÍPIO. **Sobre o Portal**. Disponível em: <https://meumunicipio.org.br/sobre-o-portal>. Acesso: 20 fev 2021.

MILANI, M. L.; ALMEIDA, H. A.; PEDRASSANI, D.; MARCHESAN, J. A gestão e o plano municipal de saúde do município de Caçador, Santa Catarina. **Desenvolvimento em Questão**, Unijui, v. 18, n. 53, p. 266-287, 2020. <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2020.53.266-287>

PECQUEUR, B. A guinada territorial da economia global. **Eisforia: desenvolvimento territorial sustentável: conceitos, experiências e desafios teórico-metodológicos**. Florianópolis: PPGAGR, v. 4, n. especial, dez. 2006.

REZENDE, F. **Finanças públicas**. São Paulo: Atlas, 2007.

SANTOS, A. M. S. P. Reforma do Estado, descentralização e autonomia financeira dos municípios. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 4, n. 2, p. 1-23, 2003.

SERVIÇO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS DE SANTA CATARINA - SEBRAE. **Cadernos de Desenvolvimento: Nova Trento**. Disponível em: <https://datasebrae.com.br/municipios/sc/m/Nova%20Trento%20->

[%20Cadernos%20de%20Desenvolvimento.pdf](#) Acesso em: 22 abr 2019.

VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil**: resultados e argumentos a seu favor. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td_2516.pdf. Acesso em: 22 abr 2021.