

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ESTADO MARANHÃO: análise das despesas do governo estadual no período de 2011 a 2018

Hillary Sthefany Miranda Gusmão¹
hillary.gusmao@discente.ufma.br

Cacilda Rodrigues Cavalcanti²
cacilda.rc@ufma.br

RESUMO

O presente artigo faz uma análise preliminar das despesas do governo do estado do Maranhão para a Saúde, no período de 2011 a 2018, tendo como referência o direito à saúde garantido constitucionalmente. O estudo é oriundo de pesquisa bibliográfica, documental e quantitativa. Buscou-se analisar o orçamento destinado às políticas públicas de saúde por parte do governo estadual do Maranhão, considerando o orçamento e as despesas do governo. Os resultados indicam que o governo estadual tem priorizado a saúde focada no controle de doenças em detrimento da atenção básica.

Palavras-chave: Saúde; Governo; Maranhão; Orçamento.

ABSTRACT

This paper presents a preliminary analysis of the expenses of the government of the state of Maranhão for Health, in the period from 2011 to 2018, having as reference the constitutionally guaranteed right to health. The study originates from bibliographical, documental and quantitative research. We sought to analyze the budget allocated to public health policies by the state government of Maranhão, considering the budget and government expenditures. The results indicate that the state government has prioritized health focused on disease control to the detriment of primary care.

Keywords: Health; Government; Maranhão; Budget.

1 INTRODUÇÃO

As políticas sociais constituem a ação do Estado, em resposta a demandas sociais instituídas como direito no ordenamento jurídico de uma nação. Logo, são “ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico” (HOFLING, 2001, p.31). Como ação do Estado capitalista, as

¹ Graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Maranhão.

² Doutora em Educação pela UFMG. Profa. Da Universidade Federal do Maranhão.

políticas sociais carregam as contradições de uma sociedade de classes, de modo que os serviços ofertados apresentam limites para a garantia de direitos em sua plenitude e são constantemente atravessados pelos interesses do mercado.

No Brasil, a oferta pública dos serviços de saúde é reconhecida como uma política social, isto é, a saúde pública está garantida como direito social pela Constituição Federal, o que implica no dever do Estado para sua garantia. Ao reconhecer a saúde como um direito fundamental, a Constituição estabelece que o Estado deve garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, promovendo a proteção, a promoção e a recuperação da saúde da população. Investir na saúde é investir no bem-estar coletivo, na redução das desigualdades sociais e no progresso da nação como um todo.

Este artigo é parte de uma pesquisa que está sendo desenvolvida pelo Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais, que é vinculado ao Programa de Pós-graduação e Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, e que tem como finalidade analisar os gastos do governo do estado do Maranhão em Educação e Saúde, tomando como referências as determinações legais a nível nacional e estadual e bem como as características e objetivos dessas políticas nos planos e programas governamentais de 2011 a 2020.

Neste trabalho, apresentam-se dados preliminares dessa pesquisa sobre as despesas do governo do estado do Maranhão em saúde, no período de 2011 a 2018, que correspondem respectivamente ao quarto governo Roseana Sarney (2011-2014) e ao primeiro governo Flávio Dino (2015-2018).

2 MARCOS REGULATÓRIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A Constituição de 1988 definiu, no seu artigo 6º, a saúde como direito social de todos(as) os(as) brasileiros(as), o que implica no correspondente dever do Estado na garantia de condições para que todos e todas possam ter acesso aos serviços públicos de saúde com qualidade. Como direito social fundamental, a saúde figura na CF/1988 (art. 23) como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, indicando o necessário esforço conjunto de todos os entes para a oferta dos serviços públicos de saúde. Além disso, a área da saúde recebeu

uma seção específica na Constituição Federal, na qual estão definidas as diretrizes básicas para a oferta de tais serviços.

No seu artigo 196, a Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A garantia de tal direito, fundamentado no princípio da universalidade e da igualdade, está estruturada em forma de um Sistema Único de Saúde (SUS), no qual as ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos aspectos mais importantes e desafiadores para a garantia do direito à saúde no Brasil. A Constituição Federal de 1988 estipula que o financiamento do SUS deve ser tripartite, ou seja, realizado pelas três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal. Cada uma delas deve aplicar um percentual mínimo de sua arrecadação em ações e serviços públicos de saúde, conforme definido pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Além dos recursos próprios de cada ente federado, existem também os recursos transferidos entre eles, por meio de fundos de saúde. Esses fundos são mecanismos contábeis que permitem o planejamento, a execução e o controle financeiro dos recursos destinados à saúde. Os fundos são regulamentados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Para a gestão e a alocação dos recursos do SUS, é necessário que haja uma articulação entre os gestores das três esferas de governo, por meio das Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), que são instâncias colegiadas que pactuam as diretrizes e as normas para a organização e o funcionamento do SUS. Essas comissões são regulamentadas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Assim, compete ao governo federal, por meio do Ministério da Saúde fazer a gestão nacional do SUS, ou seja, formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas de saúde, em articulação com o Conselho Nacional de Saúde. Por sua

vez, As Secretarias Estaduais de Saúde devem participar da formulação das políticas de saúde, participar da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) visando a implementação do plano estadual de saúde, bem como colaborar com os municípios na execução dos serviços, em articulação com o Conselho Estadual de Saúde. Compete à Secretaria Municipal de Saúde planejar, organizar, controlar, avaliar e executar as ações e serviços de saúde em articulação com o Conselho Municipal de Saúde.

Observa-se assim, que a gestão das políticas de saúde, estruturadas no SUS, se faz de forma cooperativa, em consonância com o modelo federativo de organização do Estado brasileiro, combinando interdependência e autonomia dos entes federativos e garantindo a participação social, por meio dos conselhos

O Sistema Único de Saúde (SUS), visando cumprir o direito e a universalidade dos serviços, abrange um grande leque de serviços, que “engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.” (BRASIL, s/d)

Para a garantia do direito à saúde, a CF/1988 também determinou (no Art. 198) a vinculação de recursos financeiros oriundos da seguridade social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. De acordo com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, os municípios e o Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% e os estados 12% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde. No caso da União, conforme redação dada ao inciso I do § 2º do artigo 198, pela EC nº 86 de 2015, esta deve aplicar no mínimo 15% da receita corrente líquida em ações e serviços públicos de saúde.

Mais recentemente, por meio da Lei nº 12.858/2013 foi destinado também 25% das receitas provenientes das parcelas da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural. A garantia de recursos financeiros para a oferta dos serviços de saúde por parte de cada ente federado evidencia o reconhecimento da saúde como uma política pública fundamental e que, como tal, responde a um direito social que está na base dos demais direitos.

O direito humano à saúde no Brasil também está balizado em pactos internacionais dos quais o país é signatário, a exemplo do Pacto Internacional sobre

Direitos Econômicos, Sociais e Culturais das Nações Unidas (1966), do Protocolo de São Salvador, adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que estabelece que as nações signatárias “reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível possível de saúde física e mental” e que determina que “toda pessoa tem direito à saúde, compreendendo-se como saúde o gozo do mais alto nível de bem-estar físico, mental e social”.

Em que pese as determinações legais de garantia do direito à saúde e sua universalidade, esta é limitada pela garantia de coexistência dos serviços públicos e privados. Para Bittencourt, Vilella e Nunes (2011. p.135)

Na relação entre o setor público e privado configura-se um nó a efetivação das políticas públicas à medida que propicia uma dissonância ao estabelecido de um sistema único de saúde, público e universal, retomando questões ligadas ao gasto orçamentário com os serviços comprados da esfera particular.

Assim, os serviços públicos de saúde têm enfrentado dificuldades próprias das políticas públicas do Estado capitalista, no qual os serviços da saúde passam a configurar uma mercadoria, comprometendo o princípio da universalidade, da equidade e da qualidade que devem nortear as políticas de saúde.

3. MARCOS REGULATÓRIOS DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MARANHÃO

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988. Para garantir esse direito, o Estado do Maranhão deve seguir os princípios e as diretrizes da Constituição Federal e da legislação nacional sobre saúde, bem como os que estão previstos na sua própria Constituição estadual.

A Constituição do Estado do Maranhão não tem um capítulo específico que fale sobre a saúde. No entanto, ela trata da saúde em alguns artigos, que estão distribuídos em diferentes títulos e capítulos como: o Título II, que trata dos direitos e garantias fundamentais. Neste título, o artigo 4º, no inciso II, alínea "a", afirma que é dever do Estado garantir a todos o pleno exercício dos direitos sociais, entre eles a saúde. (MARANHÃO, 1989). No Título III da Constituição Estadual, que trata da organização do Estado, está definido, no artigo 12, o papel do governo estadual legislar concorrentemente com a União sobre proteção à saúde e assistência pública.

No Título V, que trata da ordem econômica e social, o artigo 149 estabelece que o Estado deve assegurar a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, mediante a criação de um sistema único e descentralizado de saúde, com participação da sociedade civil. O Título VI, que trata da ordem tributária e financeira, o artigo 158 determina que o Estado deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde o percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos estaduais e das transferências constitucionais. (MARANHÃO,1989)

Para além da Constituição estadual, a saúde pública no estado do Maranhão é regulada por diversos marcos legais e normativos específicos. A Constituição do Estado estabelece os princípios, direitos e deveres relacionados à saúde, assim como as competências do Estado e dos Municípios nessa área.

A Lei Estadual nº 8.689/2007³ define a estrutura e o funcionamento da Secretaria de Estado da Saúde, responsável pela gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei Estadual nº 10.403/2015 institui a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher, garantindo o acesso aos serviços de saúde de forma qualificada. Já a Lei Estadual nº 10.690/2017 estabelece a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, ampliando as opções terapêuticas oferecidas aos usuários.

Além dessas leis, a Resolução nº 64/2018 da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/MA) é um importante marco regulatório que define as regiões de saúde no estado do Maranhão. Essas regiões são espaços territoriais nos quais se planejam e executam ações e serviços de saúde de forma integrada entre os gestores estaduais e municipais, visando uma melhor organização e articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Esses marcos regulatórios fornecem a base para a organização e o funcionamento do sistema de saúde no estado do Maranhão, garantindo diretrizes claras e competências bem definidas para assegurar o acesso universal, igualitário e de qualidade aos serviços de saúde no estado.

No que tange o percentual mínimo de investimento em saúde pública do estado do Maranhão, ele é definido pela Constituição Federal de 1988 e de acordo com essa norma, o Estado deve aplicar anualmente em ações e serviços públicos de saúde o

³ Para mais informações sobre as leis estaduais acesse: leisestaduais.com.br

percentual mínimo de 12% da arrecadação dos impostos estaduais e das transferências constitucionais. Esses recursos devem ser usados para financiar as ações e os serviços de saúde que são de responsabilidade do Estado, como os hospitais regionais, as policlínicas, os laboratórios, os hemocentros e os centros especializados.

Esse percentual mínimo é uma forma de garantir que o Estado cumpra com o seu dever de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado, conforme previsto na Constituição Federal. Além disso, esse percentual também visa garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a qualidade da atenção à saúde no âmbito estadual.

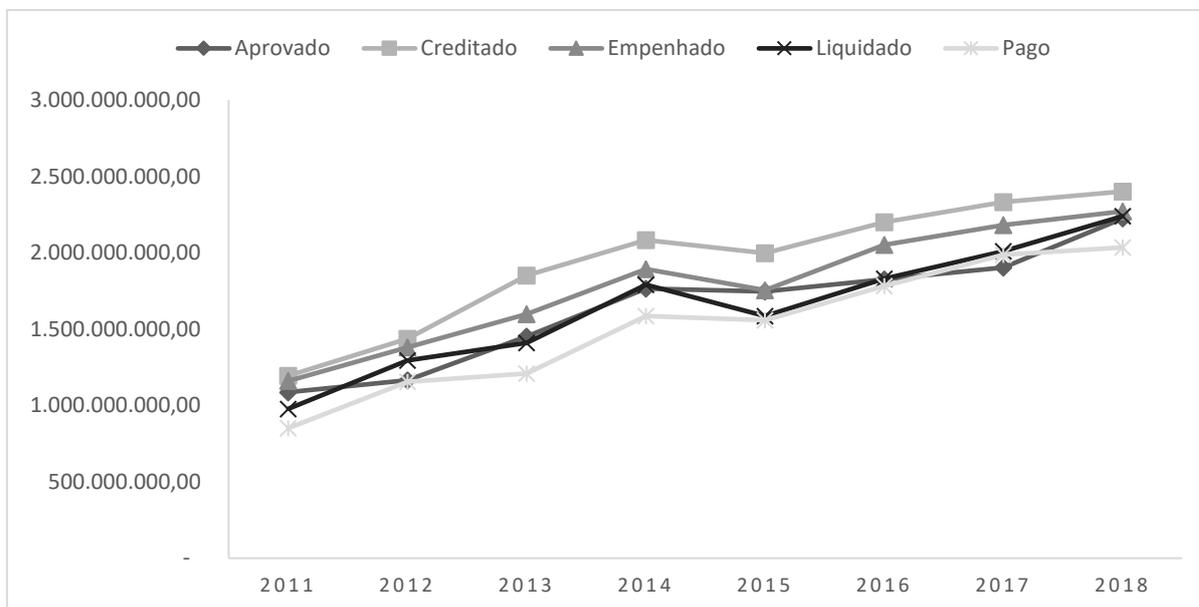
4 DESPESAS COM SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO ESTADUAL DO MARANHÃO NO PERÍODO DE 2011 A 2018

No Maranhão, em conformidade com a estrutura do SUS, o serviço de saúde está sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Educação e das Secretarias Municipais em Ações compartilhadas.

O orçamento do governo estadual destinado às políticas públicas de saúde no Maranhão teve trajetória crescente no período estudado, com leve queda no ano de 2015, primeiro ano do governo Flávio Dino, conforme se pode observar no Gráfico a seguir.

Considerando o ano de 2011, primeiro ano do governo Roseana Sarney, houve um aumento de 205% no orçamento aprovado e de 239% nas despesas executadas na área da saúde. Ao longo de todo o período a execução orçamentária apresentou-se eficiente, considerando-se o orçamento aprovado, como uma média superior a 90%, sendo que somente nos anos de 2012, 2013 e 2015 a execução ficou abaixo de 90% dos valores orçados. Se por um lado, este dado pode indicar a eficiência da gestão orçamentária, por outro, pode indicar insuficiência do orçamento destinado à saúde, especialmente se levarmos em conta que no período total as despesas ultrapassaram o valor orçado.

Gráfico 01 – trajetória das despesas do governo estadual com saúde no período de 2011 a 2018. Maranhão. Valores atualizados pelo IPCA de dezembro de 2022.



Fonte: Banco de dados do Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais.

Considerando-se os programas orçamentários nos quais são alocados recursos, ao longo do período estudado, o orçamento da saúde compreende cinco unidades orçamentárias, com montante de recursos bastante díspares. No entanto, o Fundo Estadual de Políticas Antidrogas teve orçamento aprovado apenas nos anos de 2017 e 2018, mas não teve execução orçamentária, o que nos leva a inferir que essa ação migrou para outra unidade orçamentária ou mesmo outra secretaria.

Quadro 01 - Previsão e execução orçamentária conforme unidades de alocação de recursos. Maranhão. 2011 a 2018. Valores atualizados pelo IPCA de dezembro de 2022.

Unidade Orçamentária	Valor Orçamento Aprovado Lei	Valor Lei + Crédito	Valor Pago
Companhia de Saneamento Ambiental do Maranhão		63.300.000,00	63.002.084,41
Fundo Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas	40.000,00	40.000,00	0,00
Fundo Estadual de Combate ao Câncer	11.649.800,00	10.023.518,00	2.800.000,00
Secretaria de Estado da Infraestrutura	0,00	331.724.170,86	126.394.253,06

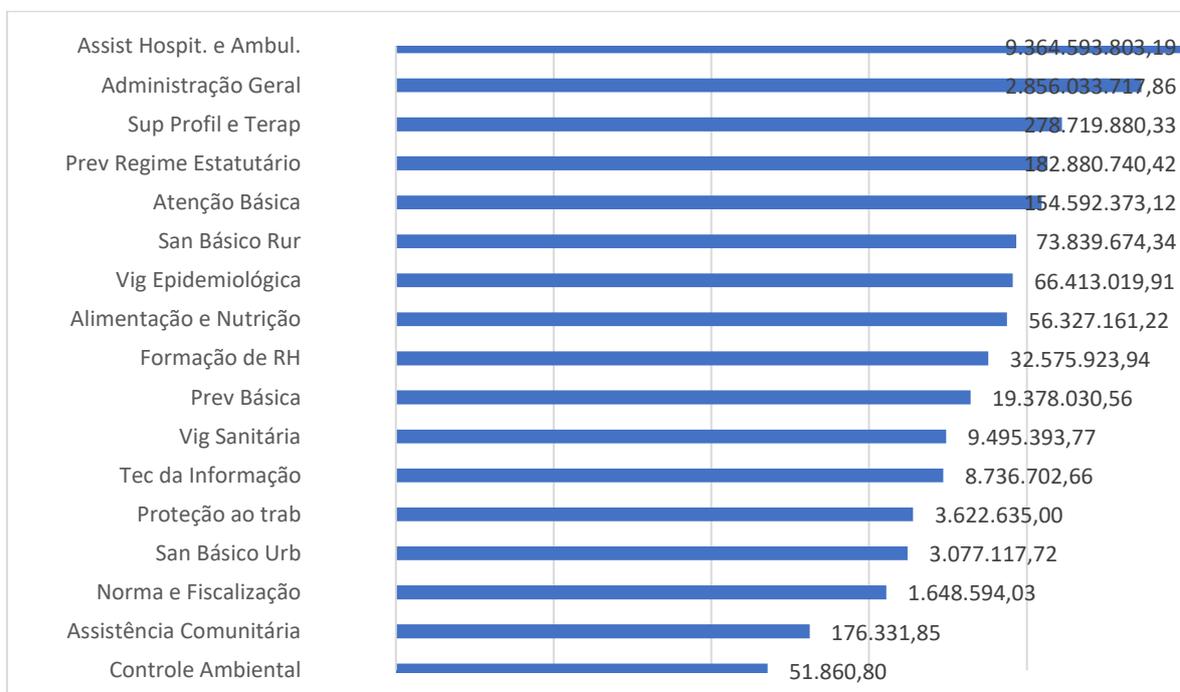
FES - Unidade Central	12.637.301.795,00	14.690.625.660,13	11.611.547.629,01
-----------------------	-------------------	-------------------	-------------------

Fonte: Banco de dados do Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais.

Das quatro unidades orçamentárias que tiveram execução, a Companhia de Saneamento Ambiental do Maranhão teve orçamento aprovado e executado somente em 2011, pois passou a integrar a Secretaria das Cidades. A partir de 2016 (no Governo Dino), os recursos da saúde destinados à reformas e Construção de unidades de saúde foram destinados para Secretaria de Infraestrutura, de modo que esta passou a constituir uma unidade orçamentária dentro da saúde. Observa-se, assim, que a maior parte dos recursos da saúde estão alocados no Fundo Estadual de Saúde, que constitui a unidade central de gestão dos recursos do SUS.

Considerando-se a destinação dos recursos, identificam-se 17 subfunções (ações e serviços) de destino dos recursos, conforme registrado no gráfico a seguir.

Gráfico 02 – Despesas com saúde por subfunção do governo estadual. Maranhão. 2011-2018. Valores atualizados pelo IPCA de dezembro de 2022.



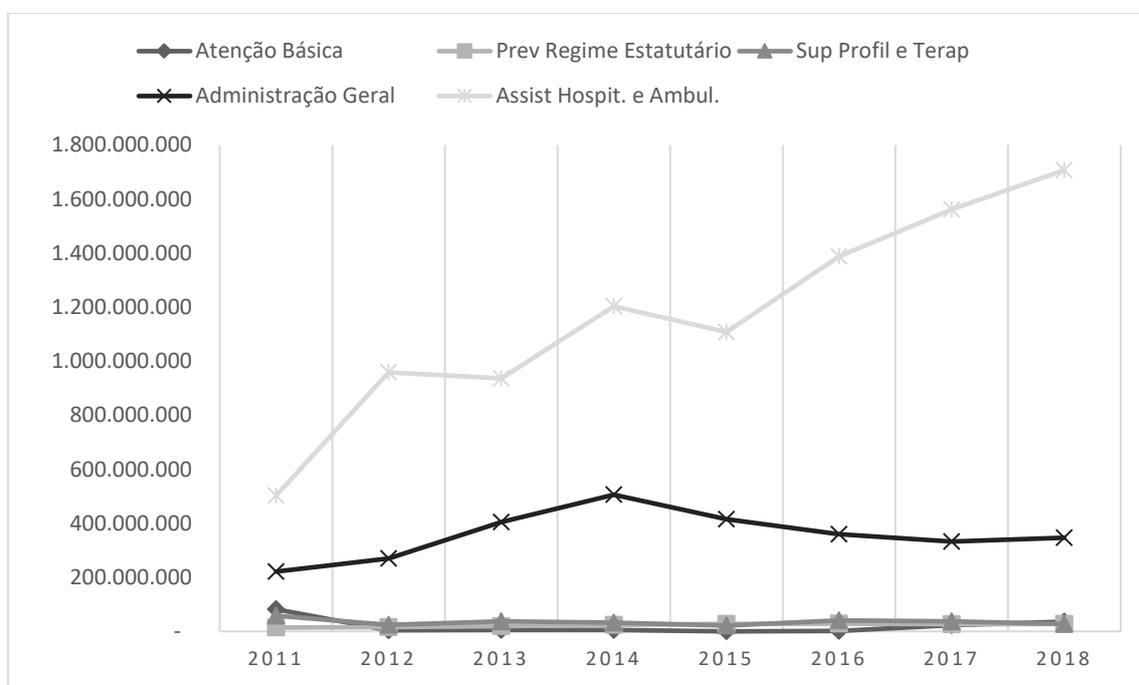
Fonte: Banco de dados do Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais.

Tomando-se as subfunções em ordem decrescente, de maior ao menor valor, observa-se que a maior parte dos recursos (em valores pagos) foi destinada a assistência hospitalar e ambulatorial, que foi destino de mais de 9 bilhões de reais no período estudado, seguida, com uma grande diferença, da administração geral, que recebeu 2,8 bilhões.

O destino da maior parte dos recursos expressa também a concepção de saúde que prevalece na política de saúde, centrada no controle ou cura das doenças em detrimento da prevenção, pois a Atenção Básica (também nomeada de atenção primária) que deveria ser priorizada na perspectiva de evitar ou diminuir as doenças teve um orçamento de apenas 154,5 milhões ao longo do período em foco.

Ao observar a trajetória da alocação dos recursos nas subfunções, constata-se que durante todo o período estudado, as despesas com Assistência hospitalar e ambulatorial foram priorizadas. No entanto, assumiu maior diferença em relação às demais a partir de 2015.

Gráfico 03 - Trajetória das cinco subfunções com maiores despesas no período de 2011 a 2018. Valores atualizados pelo IPCA de dezembro de 2022.



Fonte: Banco de dados do Observatório de Políticas Públicas e Lutas Sociais.

As despesas com Administração Geral, cresceram razoavelmente de 2011 a 2014, período do governo Roseana Sarney e caíram nos seguintes, à medida que foi aumentando as despesas com Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

Por outro lado, as despesas com Atenção Básica foram diminuindo ao longo do tempo, indicando que a preocupação com a instituição de uma política de saúde preventiva não tem sido prioridade no orçamento público.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política pública de saúde constitui direito fundamental, pois está vinculado ao direito à vida, com qualidade. Para sua garantia, no Brasil, os serviços públicos de saúde estão estruturados no Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios básicos a universalização, a equidade e a integralidade e a gestão tripartite, envolvendo os três entes federados.

Com base nesses princípios, a política pública de saúde deveria priorizar ações de Atenção Básica, numa perspectiva preventiva, de modo a evitar e controlar as doenças, especialmente, aquelas mais complexas, que tem forte relação com os modos de vida.

Os dados, ainda que preliminares, da pesquisa que originou o presente trabalho, mostram que no Maranhão, o orçamento destinado à saúde tem se concentrado majoritariamente nas doenças. Esse dado também é um forte indicador de que a política de saúde tende a tender as determinações do mercado, uma vez que a política centrada no controle das doenças tende ao gasto com medicamentos, equipamentos e materiais hospitalares, que em uma sociedade capitalista é ofertado pelas empresas privadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, s/d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em 23 de junho de 2023.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 04/04/2023

BITTENCOURT, Isaiane Santos. VILELA, Alba Benemérita Alves. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. **Enfermagem Brasil**. Março / Abril 2011;10(2)

HÖFLING, Eloisa de Matos. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. **Cadernos Cedes**, ano XXI, nº 55, nov./2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccedes/a/pqNtQNWnT6B98Lqjpc5YsHq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 22/06/2023.

MARANHÃO. **Constituição do Estado do Maranhão**, promulgada em 05 de outubro de 1989. São Luís-MA, 2019.