

O FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA PÚBLICA ODONTOLÓGICA NO BRASIL E EM PAÍSES ESCANDINAVOS

*Patrícia Távora Bulgarelli
Maria Elena Gageiro Soares
Alexandre Fávero Bulgarelli*

Introdução

Um dos tópicos mais complexos e difíceis de serem avaliados e monitorados dentro do dinâmico processo de funcionamento de um serviço público de saúde é o processo de financiamento do sistema. De onde vem o dinheiro, para onde vai, como solicitá-lo, como comprovar e justificar a utilização, como devolvê-lo em caso de não utilização, em quais leis o financiamento é fundamentado, e *et cetera*, são várias questões a serem problematizadas quando se fala em financiamento da saúde no Brasil.

Muitas são as origens e as políticas públicas que permitem aos gestores trabalharem com recursos financeiros que mantêm um serviço à população sem custos para a mesma.

O trabalho, tal quais os recursos financeiros, está situado dentro de um arcabouço processual que transita do momento de levantamento de custos até a solicitação do dinheiro/verba à instância hierarquicamente mais complexa, como, no caso brasileiro, a federal.

No Brasil, o dinheiro que mantém o funcionamento do Sistema Único de Saúde é proveniente da arrecadação de impostos que estruturam um fundo de financiamento para a seguridade social. De acordo com a Constituição da República, a seguridade social compreende um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988, p. 129)

O Sistema Único de Saúde/SUS, com seu financiamento macro contextualizado na seguridade social, tem na sua construção teórica o exemplo de sistemas de saúde de alguns países latino-americanos e também europeus. No escopo da atenção à saúde bucal, em nível coletivo, o Brasil dá um passo à frente quando inclui a saúde bucal do seu cidadão como algo essencial para a sua saúde geral e, desse modo, inclui a assistência à saúde em todos os níveis de complexidades de tratamento, desde o atendimento básico até o ultra especializado. Nessa perspectiva, o financiamento da assistência odontológica no SUS fundamenta-se em políticas estruturantes da atenção básica, bem como em políticas específicas para a saúde bucal.

Neste pressuposto, o objetivo deste texto é apresentar e descrever as diferentes formas de financiamento da assistência odontológica pública em países da Europa, como os países escandinavos, e um país economicamente em desenvolvimento, o Brasil. De maneira específica, este estudo busca apresentar as formas de financiamento da assistência odontológica em países como a Dinamarca, Suécia e Finlândia e compará-las ao Brasil.

Metodologia

O presente estudo apresenta uma reflexão teórica do estado de arte sobre o tema: financiamento da assistência odontológica em alguns países da Europa e no Brasil. O levantamento de informações para a construção desse conhecimento foi acontecendo por meio de uma leitura sistematizada de artigos e documentos teóricos como livros sobre o tema saúde coletiva, textos de políticas públicas voltadas à saúde dos brasileiros, bem como manuais da Organização Mundial da Saúde. Tais materiais foram acessados em bancos de dados de domínio público por meio de cruzamento aleatório e livre de palavras-chave, como financiamento da saúde; saúde bucal; assistência odontológica; custos e investimentos em saúde dentre outras. Os materiais lidos foram categorizados em dois temas, os quais foram construídos por meio da técnica de Análise de Conteúdo, na categoria temática. (BARDIN, 2011)

O presente artigo tem como pressuposto o fato de que o Brasil é o único país em que a saúde bucal é totalmente ofertada e livremente acessada pela população. Tal oferta é garantida pelas políticas públicas vigentes no país atualmente. Desse modo, os resultados e a discussão serão apresentados seguindo a problematização dos temas construídos, permitindo, assim, uma retórica textual compreensível do problema abordado.

Odontologia pública brasileira: a oferta do serviço como direito

O texto apresentado no relatório final da terceira Conferência Nacional de Saúde Bucal mostra que as condições da saúde bucal e dos dentes dos brasileiros são significativos indicadores de exclusão social, (BRASIL.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004), nessa medida é muito importante melhorar o acesso aos serviços odontológicos de qualidade para garantir as condições de saúde bucal do brasileiro.

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferta serviços públicos de assistência à saúde bucal, em todos os níveis de complexidade tecnológica, para o cidadão brasileiro. As ações são financiadas pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, conforme determinado pela Constituição Federal. (MOYSÉS, 2013; BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988) As atribuições e responsabilidades, de cada um dos entes, são definidas em políticas específicas, entre elas a de municipalização da saúde.

O processo de municipalização da saúde, com suas origens embasadas e problematizadas na reforma sanitária brasileira, caracteriza-se pela redistribuição de responsabilidades referentes ao financiamento e a execução de ações e de serviços de saúde entre os três níveis de governo. Tal perspectiva estrutura uma redefinição das atribuições desses níveis de governança e dá mais autonomia ao nível municipal objetivando a descentralização do poder e aproximando o sistema de saúde às diversas realidades brasileiras. Nessa lógica, é necessária a elaboração de planos municipais de saúde, pois os mesmos se mostram como um requisito importante e fundamental para o desenvolvimento dos diversos territórios em saúde (DE LAVOR CORIOLANO et al., 2010) para que o financiamento seja estruturado e justificado nesta perspectiva.

O financiamento das ações de saúde bucal é suportado e fundamentado em políticas específicas para tal questão. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal, Brasil Sorridente, surgiu em 2003 e foi lançada pelo Ministério da Saúde,

estabelecendo incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios por meio da Estratégia Saúde da Família com a inserção das equipes de saúde bucal, de Centros de Especialidades Odontológicas/CEO e de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária/LRPD. (SOBRINHO; SANTO, 2013)

Desde a formulação do “Brasil Sorridente” em 2004, houve um aumento no repasse de recursos financeiros da União para os municípios com o intuito de financiar as ações e serviços de saúde bucal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, 2004), embora os municípios ainda sejam os maiores provedores dos recursos financeiros dispensados para ações e serviços de saúde bucal. (SOBRINHO; SANTO, 2013)

Vale ressaltar que a Portaria Nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que “Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle” juntamente com o Piso de Atenção Básica Variável/PAB Variável constituem os recursos financeiros destinados a saúde bucal. Esses recursos são transferidos fundo a fundo de saúde, ou seja, segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90) em seu Art. 33, os recursos financeiros dos SUS são depositados em conta especial, em cada esfera de atuação, e geridos sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde, especificado como fundo de saúde pela Lei Nº 8.142/90; e ficando mais claro com a edição da Emenda Constitucional Nº 29/2000, que elucida que a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio dos conselhos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

Desta forma, os recursos financeiros atribuídos à atenção básica e às ações específicas de programas e incentivos do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais ou municipais de saúde, fundamentados em quantias fixas e quantias variáveis a depender das situações de gestão e de modelos assistenciais em que o município se encontra. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

O Piso de Atenção Básica (PAB) compõe-se nos recursos financeiros designados, exclusivamente, ao financiamento das ações da atenção básica à saúde. Sendo o mesmo composto de uma parte fixa (PAB - fixo) destinada à assistência básica e de outra parte variável (PAB - variável) destinada aos incentivos para o desenvolvimento de programas a serem executados na atenção básica. Os recursos obtidos no PAB – fixo corresponde a multiplicação de um determinado valor pela população de cada município e transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MELAMED; COSTA, 2003)

Fundamentado nesses pressupostos, não existe uma porcentagem específica de repasse financeiro destinados à saúde bucal procedente do Fundo de Saúde Municipal. Os incentivos financeiros são atribuídos por meio da implantação da equipe de saúde bucal, na Estratégia de Saúde da Família (ESF). (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006)

Em relação ao financiamento das ações e à oferta de serviços odontológicos em níveis de mais densidade tecnológica, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), no qual ofertam serviços nas especialidades de Endodontia, Periodontia, Pacientes com Necessidades Especiais e Cirurgia Oral Menor, ocupam espaço de destaque no financiamento da odontologia no Brasil. De acordo com a política Brasil Sorridente, tais centros de especialidades vão

receber montantes diferentes de repasses de acordo com a capacidade de instalação de equipamentos odontológicos que variam de acordo com a capacidade de atendimento da demanda de usuários. Assim, onde se têm CEO tipo I, que possui três cadeiras odontológicas há um repasse mensal para custeio de R\$ 8.250,00; CEO tipo II, com quatro ou mais cadeiras, um repasse de R\$ 11.000,00 e o CEO tipo III, com no mínimo sete cadeiras, um repasse de R\$ 19.250,00. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a)

Para o financiamento da assistência odontológica em níveis mais especializados, os CEO mostram-se como centros de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica, têm o seu financiamento previsto na Portaria nº 600/GM (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b) e depois atualizado pela Portaria nº 1.341/GM (BRASIL, 2012), onde fica definido, no Art. 1º, um valor de antecipação do incentivo financeiro de implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas para CEO tipo I no valor de R\$ 60.000,00; para o CEO tipo II no valor de R\$ 75.000,00 e para o CEO tipo III no valor de R\$ 120.000,00.

Como compreensão final, tem-se que o repasse financeiro do governo federal se dá em parcela única para a implantação dos CEO e os repasses mensais para custeio culminam em valores abaixo das reais despesas e custos nos centros, ficando, assim, o município com a incumbência de assumir o restante do orçamento para possibilitar a continuidade do serviço, o que pode acarretar o desinteresse pela implantação dos mesmos.

A odontologia pública parcialmente financiada: exemplificando com países escandinavos

É interessante observar que houve uma grande mudança nos últimos anos na oferta de serviços de saúde bucal em certos países europeus. Essa mudança é a crescente privatização de serviços odontológicos que antes eram espaços de produção de saúde em contexto coletivo e público. (WIDSTÖM; EATON, 2011) Porém, alguns países ainda compreendem que acesso a certos serviços assistenciais odontológicos são fundamentais para a vida de suas populações. Certos países europeus, em especial os escandinavos, são aqueles que mantêm uma forte força política para continuar ofertando serviços públicos de saúde bucal aos seus cidadãos. (WIDSTÖM; EATON, 2011) Tais países mostram-se estruturalmente fundamentados em políticas públicas de educação e saúde como contextos essenciais para a vida de seus cidadãos. Nessa lógica, a essencialidade dessas políticas públicas reflete-se em uma assistência odontológica pública e de qualidade para a população.

Certas políticas mostram que muitas vezes as ofertas de serviços de saúde bucal podem acontecer na lógica do reembolso por parte do governo. Esse é o caso da Dinamarca, onde o acesso à saúde bucal ocorre pelo sistema de reembolso dos serviços prestados à população por meio do Sistema Nacional de Seguridade e Saúde (NHSS), sendo totalmente gratuito para crianças e adolescentes de até 18 anos de idade, gestantes e pessoas com necessidades especiais. (MOYSÉS, 2013) É uma situação em que a equidade no acesso se faz presente.

Na Dinamarca, o regime político é democrático parlamentar. O país possui alto padrão de vida. As autoridades locais regionais possuem um papel dominante na política

de saúde, sendo, assim, responsáveis pelo financiamento e pelo provimento dos serviços primários e secundários. Partidos políticos, em geral apoiam a ideia de que o acesso aos cuidados de saúde deve ser independentemente da capacidade individual de pagamento ou do local de residência dos cidadãos.

Desde 1973, na Dinamarca, o sistema de saúde é financiado por impostos obrigatórios pagos por toda a população havendo algumas exceções de serviços parcialmente pagos, como medicamentos e tratamentos odontológicos que necessitam de especialidades. Em outra instância, o governo financia os serviços dos cirurgiões dentistas do Sistema Nacional de Seguridade e Saúde (NHSS), em substituição ao seguro médico tradicional o qual era vigente até 1973. Dito de forma sucinta, o cidadão procura o serviço do cirurgião dentista, paga pela assistência e o governo reembolsa. Nesse processo de acesso e oportunidade de cuidados com a saúde bucal, os municípios têm responsabilidades que incluem serviços como casas de repouso, enfermeiros de família, visitas domiciliares de saúde, dentistas municipais e serviços de saúde escolar, onde também se incluem ações em saúde bucal. Essas atividades são financiadas por arrecadação de impostos, com orçamentos distribuídos por meio de planejamento global para todo o país. Dois terços dos dentistas trabalham no modelo assistencial privatista e um terço deles é empregado dos municípios, onde realizam serviços orientados para a promoção da saúde, a prevenção sistemática e a assistência curativo-reabilitadora em saúde bucal. (MOYSÉS, 2013)

O sistema de saúde dinamarquês sofreu várias mudanças nos últimos dez anos. Várias iniciativas locais regionais foram mudando o modelo assistencial vigente, sempre focando e caminhando dentro uma perspectiva de

diretrizes de um sistema descentralizado e financiado por impostos arrecadados pela própria sociedade. Isso resultou na diminuição do tempo de espera pelo atendimento e melhorias na qualidade dos serviços públicos de saúde. Neste processo de financiamento das ações de saúde bucal, a Dinamarca gasta em média 116 milhões de euros por ano. (WIDSTÖM; EATON, 2011; MOYSÉS, 2013)

A Suécia é um país em que sua estrutura de sistema de saúde foi influenciada pelas ideias de bem-estar social, advindas depois da Segunda Guerra Mundial. Um componente importante dessa perspectiva é a provisão de cuidados em saúde para a população em geral considerada parte da seguridade social no país. Ou seja, os financiamentos da saúde bucal ofertada para a população provêm de financiamento da seguridade social e existe uma forte ênfase em equidade no sistema, pois todo cidadão tem o direito à saúde, independentemente de renda, gênero, etnia ou faixa etária. (WIDSTÖM; EATON, 2011)

Há um entendimento na Suécia de que seus cidadãos devem ter boa saúde, acesso igual aos serviços de saúde, descentralizados e municipalizados, que são financiados por fundos financeiros públicos. O país oferece atenção odontológica, por meio do Serviço Público Odontológico em centros de saúde pública, sem nenhum custo às crianças e aos adolescentes de até 19 anos de idade, bem como para procedimentos de alto custo aos usuários acima de 64 anos de idade. (WIDSTÖM; EATON, 2011; MOYSÉS, 2013) O financiamento de cuidados odontológicos para adultos acima de 20 anos é feito pelo Seguro Social Nacional, em sistema baseado em pagamento fixo por procedimento. Contudo, há subsídios variáveis por faixas de população, cujos serviços odontológicos são parcialmente subsidiados pelo Estado e pagos diretamente ao provedor do serviço. É válido ressaltar que o seguro nacional de saúde mantido

pelos suecos, também subsidia, em parte, despesas com medicamentos odontológicos, desde que sejam fármacos integrantes do Esquema Nacional de Benefício para Medicamentos, prescritos por médicos e dentistas. (MOYSÉS, 2013)

O controle social também é uma retórica da saúde pública na Suécia. O modelo de assistência odontológica na Suécia apresenta uma característica relevante que é o papel fundamental exercido pelos conselhos regionais. Tais conselhos, com o suporte das leis do país, são responsáveis pelo planejamento e administração dos serviços de saúde. O referido conselho possui poder de negociação para impedir ou não o estabelecimento de uma nova clínica privada em seu território, assim como estabelecer o número máximo de pacientes que o serviço privado poderá atender em um ano. Desta maneira, tais conselhos regulam fortemente o mercado em relação à saúde na Suécia. (TRAEBERT, 1996)

Dando continuidade à reflexão sobre o financiamento da saúde bucal em países escandinavos, é interessante destacar a proposta de financiamento público da Finlândia. Na Finlândia, desde 2002, toda a população é beneficiada com cuidados em saúde bucal, financiados com recursos públicos e com as parcerias assistenciais de higienistas dentais. (MOYSÉS, 2013)

Na Finlândia, a organização e o financiamento do sistema de saúde são considerados responsabilidade pública há muito tempo. Parte dos custos com medicamentos e certos serviços médicos privados passaram a ser reembolsados pelo Seguro Nacional de Saúde (NHI). O sistema de saúde provê cobertura inclusiva para toda a população residente, embora alguns serviços sejam excluídos desse sistema, como cuidados odontológicos para certas faixas etárias. O foco principal da odontologia nos centros de saúde estava nas crianças e nos adolescentes, com forte ênfase

preventiva. A partir de 2002, novas reformas no sistema de saúde passaram a estender a cobertura odontológica para todos os grupos etários. Há dois sistemas odontológicos paralelos funcionando, que são: o sistema municipal e o sistema privado, apoiado em parte pelo NHI. No setor privado, os pacientes pagam todo o tratamento, mas podem reivindicar reembolso parcial ao NHI. As taxas reembolsadas pelo NHI para médicos e dentistas particulares são de até 60% da tarifa básica estabelecida. Contudo, esses profissionais têm liberdade de fixar preços mais altos, o que significa que o NHI reembolsa apenas cerca de um terço da taxa real que os pacientes pagam no setor privado. Após a década de 2000, reembolsos odontológicos estão sendo estendidos gradualmente à população inteira, na faixa de 60% dos custos que foram pagos pelos cidadãos. Algumas municipalidades conseguem oferecer cuidado odontológico a toda a população, enquanto outras só oferecem os serviços obrigatórios. Em 2002, toda a população foi beneficiária de cuidados em saúde bucal, financiados com recursos públicos. Algumas cidades maiores que tratam adultos tiveram dificuldades no provimento dos cuidados necessários, apresentando aumento de filas e escassez de dentista, sendo parte dos serviços realizados por higienistas dentais. (MOYSÉS, 2013)

Considerações finais

É interessante a observação macro contextual do financiamento da saúde pública de países com realidades sociais e econômicas tão diferentes das do Brasil e ao mesmo tempo observar quão semelhantes são suas posturas políticas em relação ao financiamento dessas ações de saúde pública. Tal comparação foi possível de ser observada na presente reflexão teórica, pois certos países

européus (nórdicos) se assemelham ao Brasil na origem de certas políticas públicas de financiamento da saúde bucal.

O acesso à saúde pública e a oferta universal de serviços de saúde bucal são situações que se diferenciam, pois o Brasil vê na integralidade do cuidado o eixo central das ações de saúde. Porém, muito ainda é necessário caminhar para que o financiamento da saúde bucal contemple a assistência em todos os níveis de densidade tecnológica, a adequada utilização de recursos pelos municípios, bem como a adequada gestão financeira da saúde bucal para, assim, diminuir o impacto da morbidade da saúde bucal do brasileiro.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6.ed. São Paulo: Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2003. 66p.

_____. **Portaria 1.464** de 27 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jun. 2011a.

_____. **Portaria nº 600/GM/MS**, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de jun. 2011b.

_____. **Portaria Nº 1.341/GM** de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e

de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 15 dez 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=faq. Acesso em: 27 out 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição: República Federativa do Brasil 1988**. Brasília (DF): Centro Gráfico do Senado Federal; 1988.

COSTA, J.F.R.; CHAGAS, L.D.; SILVESTRE, R.M. (Orgs.). A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. In: **Técnica**. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2006. 67p.

DE LAVOR CORIOLANO, M.W. et al. Vivenciando o processo de municipalização do SUS no município de Juazeiro do Norte (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2447-2454, 2010.

MELAMED, C.; COSTA, N. do R. Inovações no financiamento federal à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 393-401, 2003.

MOYSÉS, S.J. **Saúde coletiva**: políticas, epidemiologia da saúde bucal e redes de atenção odontológica. São Paulo: Artes Médicas, 2013. 126 p.

SOBRINHO, J.E.L.; SANTO, A.C.G.E. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Saúde Soc.**, v. 22, n.4, p. 994-1000, 2013.

TRAEBERT, J.L. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 519-25, 1996.

WIDSTRÖM, E.; EATON, K.A. Oral healthcare systems in the extended European Union. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v.2, n.3, p.155-194, 2011.