

Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco

Federal participation in the financing of primary oral healthcare, a study in Vitória de Santo Antão city, Pernambuco

José Eudes de Lorena Sobrinho

Mestre em Saúde Coletiva. Professor Auxiliar I da Faculdade Associação Caruaruense de Ensino Superior.

Endereço: Rua Dr. José Augusto, 486, Matriz, CEP 55612-510, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

E-mail: eudeslorena@hotmail.com

Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo

Doutor e Pós-Doutor em Saúde Pública. Professor Associado I do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco.

Endereço: Avenida Prof. Moraes Rego, s/n, Prédio do Centro de Ciências da Saúde, Cidade Universitária, CEP 55670-420, Recife, PE, Brasil.

E-mail: ag.santo@yahoo.com.br

Resumo

O objetivo deste estudo foi mensurar o percentual de participação dos entes federados (União, Estado e Município) no financiamento das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, no ano de 2010 a partir da apuração dos custos. Utilizou-se a metodologia do custeio por absorção, tendo sido os custos agrupados em blocos: recursos humanos, recursos materiais e pensos com finalidade odontológica, custos prediais e manutenção de equipamentos. Foram consultados os repasses federais e estaduais através dos sistemas de informação de acesso público (fundo nacional de saúde e fundo estadual de saúde) para se estimar a participação dos governos no custeio das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. De um total de R\$ 1.340.307,80 (um milhão, trezentos e quarenta mil, trezentos e sete reais e oitenta centavos) referentes ao custo total, 37,5% foram relativos a recursos financeiros federais e 62,5% aos municipais, não sendo observada a participação estadual. Constata-se que o município continua sendo o principal provedor do custeio da saúde bucal na atenção básica, direcionando a necessidade de uma articulação interfederativa mais efetiva que assegure o financiamento tripartite.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Recursos em Saúde; Saúde Bucal.

Abstract

The aim of this study was to measure the percentage of federate agencies (Federal, State and City) participation in the funding of oral health services and activities of primary care in the city of Vitória de Santo Antão, Pernambuco, in 2010, from the cost calculation. The methodology of absorption costing was used, and costs were grouped into blocks: human resources, material resources and dental dressings with purpose, housing costs and equipment maintenance. Federal funds and state information systems of public access (national fund of health and state health fund) were consulted to estimate the involvement of governments in the funding of oral primary healthcare actions and services. From a total of R\$ 1.340.307,80 for the total expense, 37,5% was related to federal funding and 62,5% at municipal, not being observed state participation. It appears that the city remains the main provider of funding for oral health in primary care; this sets the need for a more effective inter-federative articulation to ensure the tripartite funding.

Keywords: Management in Health; Resources in Health; Oral Health.

Introdução

Com a implementação da Política “Brasil Sorridente”, houve uma introdução da saúde bucal na agenda das políticas públicas de saúde. As suas diretrizes apontam para uma reorganização das ações e serviços odontológicos nos diversos níveis de atenção, com a inclusão das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, centrados na reorientação do modelo de atenção (Soares e Paim, 2011).

A partir de sua formulação, em 2004, o “Brasil Sorridente” vem assegurando um aumento dos repasses de recursos financeiros da União aos municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde bucal (Brasil, 2004).

Entretanto, o modelo brasileiro de pacto federativo possui uma característica de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas de governo. Por um lado, os Estados e Municípios demandam maior participação nas receitas públicas para a saúde, com excessiva ingerência da União sobre a autonomia do gasto público (Faveret, 2002).

Por outro lado, a União, em função de uma distribuição inadequada de encargos entre os níveis de governo e também de uma perda de receita decorrente da implementação de dispositivos constitucionais, promove uma recentralização fiscal e busca redefinir os rumos da descentralização das políticas, especialmente as de caráter social (Faveret, 2002).

O termo descentralização descreve a transferência das responsabilidades pela implementação e gestão das políticas e programas de saúde e da capacidade fiscal da União para Estados e Municípios (Costa e col., 2011).

Esta indução federal para que os municípios assumam responsabilidades crescentes na assistência à saúde desconsidera as restrições do pacto federativo e vem se tornando motivo de preocupação dos gestores municipais, sobretudo na área de recursos humanos, dado o impacto da folha de pagamentos nas contas públicas municipais de saúde (Silva, 2011).

Diante disto, é crescente a necessidade de estudos que possibilitem avaliar o impacto econômico

das ações em saúde, de modo a substanciar o processo de tomada de decisão e a alocação mais adequada de recursos financeiros. No Brasil, é muito reduzido o número de estudos em economia da saúde e a literatura científica é ainda mais restrita a respeito de análises de custos de serviços públicos em saúde bucal (Chaves, 2011).

O objetivo deste estudo foi mensurar o percentual de participação dos entes federados (União, Estado e Município) no financiamento das ações e serviços de saúde bucal a partir da apuração dos custos destes na Atenção Básica no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, no ano de 2010.

Materiais e métodos

O estudo se caracterizou como uma avaliação econômica parcial, pois realizou a apuração dos custos das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica sem mensuração das consequências (Martins, 2010).

Foi desenvolvido no município da Vitória de Santo Antão, localizado no Estado de Pernambuco. Com uma população estimada em 130.540 habitantes, possui 20 equipes de saúde bucal implantadas, com uma cobertura populacional de saúde bucal de atenção básica de 51,86%.

Utilizou-se a metodologia do custeio por absorção, a qual faz apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Este é o único método aceito pela legislação brasileira (Martins, 2010).

Para se obter o custo total foram somados os custos em quatro blocos: 1) Recursos Humanos; 2) Materiais Odontológicos e Pensos com finalidade odontológica; 3) Manutenção de Equipamentos Odontológicos; e 4) Manutenção Predial das Unidades de Saúde.

A partir dos provimentos salariais dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal das Equipes de Saúde Bucal disponíveis na Folha de Pagamentos do Departamento de Recursos Humanos, foram calculados os Custos com Recursos Humanos.

Através do consolidado anual do quantitativo de itens solicitados pelas 20 Equipes de Saúde Bucal do município, inferindo-se sobre este os valores unitários da aquisição deles referentes ao último Processo Licitatório, calcularam-se os Custos com

Materiais Odontológicos e Pensos com finalidade odontológica.

Consultando-se os valores pagos à Equipe de Manutenção de Equipamentos Odontológicos contratada pela Secretaria Municipal de Saúde, foi possível calcular o Custo com Manutenção de Equipamentos Odontológicos.

Para se obterem os Custos Prediais das Unidades de Saúde, foram considerados os valores pagos referentes ao consumo de água e energia elétrica das 20 Unidades nas quais as Equipes de Saúde Bucal estavam vinculadas.

Uma vez calculado o Custo Total da Saúde Bucal na Atenção Básica, foram identificadas as fontes de financiamento: Piso da Atenção Básica Variável - Saúde Bucal (Governo Federal), Governo Estadual e Governo Municipal, para se estabelecer o percentual de participação de cada ente federado no financiamento das ações e serviços de saúde bucal no município estudado.

Em se tratando de um estudo com dados secundários, foi dispensada apreciação no respectivo Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos foram analisados e apresentados de maneira descritiva, através do Programa Microsoft Office Excel 2007.

Resultados

O Custo Total da Saúde Bucal na Atenção Básica no município da Vitória de Santo Antão foi estimado, para o ano de 2010, em R\$ 1.340.307,80 (um milhão, trezentos e quarenta mil, trezentos e sete reais e oitenta centavos), dos quais R\$ 1.147.048,00 (um milhão, cento e quarenta e sete mil e quarenta e oito reais) foram referentes aos custos com recursos humanos, R\$ 36.624,53 (trinta e seis mil, seiscentos e vinte e quatro reais e cinquenta e três centavos) aos custos com recursos materiais, R\$ 114.000,00 (cento e quatorze mil reais) aos custos com manutenção de equipamentos e R\$ 42.635,27 (quarenta e dois mil, seiscentos e trinta e cinco reais e vinte e sete centavos) aos custos prediais.

Neste mesmo ano, o valor repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao município foi de R\$ 502.000,00 (quinhentos e dois mil reais) através do Piso da Atenção Básica Variável de Saúde Bucal. Não foram encontrados registros de repasses financeiros

específicos para saúde bucal oriundos da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. A contrapartida do município foi de R\$ 838.307,80 (oitocentos e trinta e oito mil e trezentos e sete reais e oitenta centavos). Assim, a participação do Governo Federal no Custo Total da Saúde Bucal foi de 37,5% e a do Governo Municipal de 62,5%.

Discussão

A crise do modelo assistencial em vigor no Brasil, desde a década de oitenta, não se modificou nos primeiros anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), posto que as políticas governamentais e o aporte de recursos financeiros necessários não foram suficientes para alcançar este propósito (Nóbrega, 2010).

Por consequência, a rede básica de saúde permanecia desqualificada e a porta de entrada do Sistema passava a ser a Média e Alta Complexidade (Nóbrega, 2010).

Para dar prosseguimento a essa reforma, foi necessário o enquadramento dos municípios nos níveis de gestão mais qualificados em ações e serviços de saúde, conforme proposto na Norma Operacional Básica 93, sob a denominação de gestão *semiplena*, e na Norma Operacional Básica 96, na gestão *plena do sistema municipal*.

Por sua vez, foram criadas em 1995 as transferências de recursos financeiros “fundo a fundo” (automáticas, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde), no sentido de assegurar o recebimento dos recursos financeiros com rapidez por esses municípios, para que pudessem exercer as responsabilidades definidas nessas modalidades de gestão (Mendes, 2005).

A NOAS 2001 (Norma Operacional de Assistência a Saúde) teve como objetivo gerar uma descentralização com autonomia, fazendo com que o uso dos recursos financeiros estivesse de acordo com necessidades da população, priorizando procedimentos da Atenção Básica, reforçando os princípios da regionalização, os quais foram novamente trazidos à tona através do Pacto pela Saúde de 2006, o qual propõe uma nova forma de organização do arranjo do Sistema, inserindo o financiamento em seu âmago.

Em virtude da operacionalização destes instru-

mentos legais, o processo de municipalização, sobretudo da Atenção Básica, deu-se de forma rápida, com evolução considerável, resultando em mais autonomia gerencial para os municípios na coordenação do sistema de saúde local. Por outro lado, continuava a dependência econômica dos incentivos federais e repasses estaduais para concretizar a prática da Saúde Coletiva.

Para Arretche (2003, 2010), os termos descentralização e autonomia não traduzem as realidades locais para a execução das políticas sociais e têm grande potencial de produzir resultados distintos daqueles esperados pelos seus defensores, caso não haja um processo de regulação eficiente.

Fatores importantes para a qualidade da gestão local seriam: adequado aporte de recursos financeiros, fortalecimento da capacidade gestora dos governos e a satisfação das necessidades de saúde de cada realidade local (Arretche, 2003, 2010).

Nóbrega (2010) considera que a partir da criação do SUS, as despesas com saúde tenderam a crescer, principalmente porque a transferência de recursos federais para os Estados e Municípios passou a ser realizada de forma direta. A partir do processo de descentralização, os Municípios começaram a ter mais autonomia de gestão, passando a assumir de maneira mais participativa o financiamento das ações e serviços de saúde.

Com essa reorganização da saúde bucal e sua contextualização na saúde coletiva como um todo, observa-se o aumento de repasse de recursos principalmente a partir do ano 2000, com um acréscimo de recursos em todas as áreas de complexidade e ênfase nos procedimentos básicos (Souza e Roncalli, 2007).

Apesar disto, o município continua sendo o maior provedor dos recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de Saúde Bucal, o que representou, neste estudo 62,5% do custo total.

Rocha Filho e Silva (2009), analisando o custo da Equipe de Saúde da Família (ESF) em estudo realizado em Fortaleza/CE, identificaram que o custo global médio mensal da atuação da equipe foi de R\$ 18.548,42 (dezoito mil, quinhentos e quarenta e oito reais e quarenta e dois centavos), tendo sido calculados os custos com pessoal, medicamentos, energia, água, telefonia e transporte.

Pesquisa semelhante, conduzida por Sousa e

Frota (2002) em Crateús/CE, mensurou este mesmo custo em R\$ 21.897,91 (vinte e um mil, oitocentos e noventa e sete reais e noventa e um centavos) para o ano de 1999. Por sua vez, Rosa e Coelho (2011), em Santo Antônio de Jesus/BA, encontraram um valor de R\$ 18.340,12 (dezoito mil, trezentos e quarenta reais e doze centavos).

Os resultados deste estudo contrariam o de Rocha Filho e Silva (2009), o qual estimou que o repasse federal cobria 60% do gasto com a Equipe de Saúde da Família; e os de Rosa e Coelho (2011), que evidenciaram que o Governo Federal contribuiu com 82% das receitas, seguido do município (17%) e do Estado (1%) na composição do Custo Total com a Equipe de Saúde da Família, em Santo Antônio de Jesus/BA.

Há, no entanto, uma limitação em estimar a utilização de outros recursos repassados pela União aos Municípios nas ações e serviços de saúde bucal, como aqueles provenientes do Piso da Atenção Básica Fixo e Piso da Atenção Básica Variável da Saúde da Família, pois estes se destinam à totalidade das ações e serviços de Atenção Básica e não especificamente à Saúde Bucal.

Outro ponto que merece ser destacado é a ausência do Fundo Estadual de Saúde no financiamento das ações e serviços de saúde bucal de atenção básica. Apesar disso, merece destaque a Política Estadual de Fortalecimento da Atenção Primária (PEFAP) que o Governo do Estado de Pernambuco vem implementando a partir do Decreto 30.353/2007, que estabeleceu um conjunto de estratégias direcionadas à melhoria da qualidade das ações desenvolvidas pelos municípios no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Entre as ações previstas pela Política está o cofinanciamento estadual, regulamentado pelas Portarias SES/PE nº 640/11 de 22 de novembro de 2011 e 108/12 de 06 de março de 2012, que estabelecem respectivamente o Piso Estadual de Atenção Primária à Saúde (PEAPS), com valores determinados de forma *per capita* e a partir do Índice de Desenvolvimento Humano municipal; e o Incentivo Estadual da Atenção Primária à Saúde por Desempenho Municipal, vinculado ao resultado obtido em indicadores de saúde estratégicos, devidamente parametrizados e pactuados de forma bipartite (Pernambuco, 2011, 2012).

Quanto à estruturação do financiamento, o

PEAPS é constituído por dois componentes. O componente I, no valor de R\$ 0,46 (quarenta e seis centavos) *per capita*/ano para todos os municípios, e o componente II, no valor de R\$ 1,36 (um real e trinta e seis centavos) *per capita*/ano para os 168 municípios que apresentam IDH menor que 0,705 (Índice de Pernambuco), com repasses mensais, automáticos, fundo a fundo, num total aproximado de R\$ 10 milhões anuais oriundos do Tesouro Estadual; e o financiamento por desempenho municipal, sistematizado por avaliações semestrais dos indicadores de saúde selecionados, com repasses equivalentes a um teto de R\$ 7.516,00 (sete mil, quinhentos e dezesseis reais) por Equipe de Saúde da Família implantada, totalizando um montante de R\$ 14 milhões anuais (Pernambuco, 2011, 2012).

Em específico para a Saúde Bucal, movimentos estão acontecendo no Estado de Pernambuco a partir do lançamento da Política de Saúde Bucal do Estado no ano de 2011, cuja previsão é investir mais de R\$ 16 milhões em urgências odontológicas em hospitais regionais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), credenciamento de laboratórios de próteses dentárias, fluoretação de água e concessão de *kits* de saúde bucal.

Outro fator que vem para contribuir com a questão da distribuição de recursos financeiros no setor público é a Emenda Constitucional nº 29, que se apresenta como ponto legal e fundamental desde o ano 2000, a qual estabelece um aumento de investimento dos três setores governamentais (federal, estadual e municipal) no setor de saúde, garantindo assim recursos mínimos para as ações e serviços de saúde.

Vale ressaltar que a Lei Complementar 141, de 03 de janeiro de 2012, passou a regulamentar o parágrafo terceiro do artigo 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo ainda os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (Brasil, 2011).

Considerações finais

Apesar dos notáveis avanços na saúde bucal a partir da Política Nacional Brasil Sorridente, há um des-

compasso entre as ações e serviços propostos aos municípios e a sua potencialidade em financiá-los.

Como pôde ser observado neste estudo, o município continua a ser o principal responsável pelo custeio das ações e serviços de saúde bucal na atenção básica. Do custo total estimado para o ano de 2010 com este setor (R\$ 1.340.307,80), 62,5% foram de recursos provenientes do município (R\$ 838.307,80) e 37,5% de recursos federais (R\$ 502.000,00), com uma ausência de repasses estaduais.

Destaca-se, portanto, a necessidade de promover uma articulação interfederativa de maneira mais fortalecida, de modo a reconhecer que o processo de diálogo entre os entes federados, em fóruns de abrangência nacional, estadual e regional, é de fundamental importância para a sustentabilidade e governabilidade da construção consensual das regras de gestão compartilhada, de maneira tripartite.

Novos desafios despontam no caminho da descentralização e articulação interfederativa, com vistas a superar a era das Normas Operacionais Básicas, Normas Operacionais de Assistência à Saúde e até do recente Pacto pela Saúde, sedimentando as experiências vivenciadas na construção de novos dispositivos como o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) trazido pelo Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2012).

Referências

ARRETCHE, M. T. S. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

ARRETCHE, M. T. S. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 3, p. 587-620, 2010.

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. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1-4.

CHAVES, V. R. *Custo, efetividade e custo-efetividade do tratamento periodontal em gestantes*. 2011. Tese (Doutorado em Clínica Odontológica/Periodontia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

COSTA, N. R. et al. Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4603-4614, 2011.

FAVERET, A. C. S. C. *Federalismo fiscal e descentralização no Brasil: o financiamento da política de saúde na década de 90 e início dos anos 2000*. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MARTINS, E. *Contabilidade de custos*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, A. N. *Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)*. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

- NÓBREGA, C. B. C. et al. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1763-1772, 2010. Suplemento 1.
- PERNAMBUCO. Portaria Estadual nº 640, de 22 de novembro de 2011. Institui o Piso da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*, Recife, 22 nov. 2011, p. 9-11.
- PERNAMBUCO. Portaria Estadual nº 108, de 6 de março de 2012. Institui o Manual de Instrução para o Cálculo dos Indicadores de Desempenho Municipal da Atenção Primária. *Diário Oficial do Estado de Pernambuco*, Recife, 6 mar. 2012, p. 11-14.
- ROCHA FILHO, F. S.; SILVA, M. G. C. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do Programa de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 919-928, 2009.
- ROSA, M. R. R.; COELHO, T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SOARES, C. L. M.; PAIM, J. S. Aspectos críticos para a implementação da Política de Saúde Bucal no município de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 966-974, 2011.
- SOUSA, M. H. L.; FROTA, F. H. S. Análise dos custos do Programa Saúde da Família: o caso de Crateús - CE. In: SILVA, M. G. C. (Org.). *Economia da saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Fortaleza: UECE, 2002. p. 161-185.
- SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

Recebido em: 23/06/2012

Reapresentado em: 26/03/2013

Aprovado em: 08/04/2013