



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

DÉCIO HENRIQUE FRANCO

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO DA SAÚDE
BUCAL NO BRASIL E NO MUNDO**

Piracicaba

2017

DÉCIO HENRIQUE FRANCO

**FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO DA SAÚDE
BUCAL NO BRASIL E NO MUNDO**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutor em Odontologia, na Área de Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
VERSÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO DÉCIO HENRIQUE FRANCO E
ORIENTADA PELO PROF. DR. MARCELO
DE CASTRO MENEGHIM.

Piracicaba

2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <http://orcid.org/http://orcid.org/00>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

F848f Franco, Décio Henrique, 1977-
Financiamento público e privado da saúde bucal no Brasil e no mundo /
Décio Henrique Franco. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Marcelo de Castro Meneghim.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Financiamento da assistência à saúde. 2. Recursos financeiros em
saúde. 3. Saúde bucal. 4. Odontologia. I. Meneghim, Marcelo de Castro, 1965-
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Public and private financing of oral health in Brazil and in the world

Palavras-chave em inglês:

Healthcare financing
Financial resources in health
Oral health
Dentistry

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutor em Odontologia

Banca examinadora:

Marcelo de Castro Meneghim [Orientador]

Flávia Martão Flório

Eliei Soares Orenha

Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Sílvia Amélia Scudeler Vedovello

Data de defesa: 22-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 22 de fevereiro de 2017, considerou o candidato DÉCIO HENRIQUE FRANCO aprovado.

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

PROF^a. Dr^a. FLÁVIA MARTÃO FLÓRIO

PROF. DR. ELIEL SOARES ORENHA

PROF^a. Dr^a. GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

PROF^a. Dr^a. SILVIA AMÉLIA SCUDELER VEDOVELLO

A Ata de Defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres da minha vida: Valéria Defávári Franco, minha amiga e amada esposa, Isabela e Júlia, nossas lindas filhas e Áurea Ferreira Pinto Franco, minha querida mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida, saúde e tudo mais que tenho.

Às queridas Valéria, Isabela e Júlia, pela paciência e compreensão nas minhas muitas ausências do convívio familiar, enquanto elaborava este trabalho.

Ao Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim, pela orientação, paciência, apoio e direcionamento deste trabalho, em especial pela amizade e respeito dedicados a mim nestes tantos anos de convivência na FOP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, pelo convite para entrar neste Programa, apoio, incentivos e amizade nestes anos todos na FOP.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, nas pessoas do ex diretor Prof. Dr. Jacks Jorge Junior, que na época permitiu meu ingresso neste Programa, e do atual Diretor, Prof. Dr. Guilherme Pessanha Henriques pelo apoio para que eu concluísse.

À Comissão de Pós Graduação FOP, Profa. Dra. Cinthia Tabchoury, a qual tenho respeito e admiração, e a equipe: Leandro Viganó e as meninas da pós: Érica, Raquel, Ana Paula, Claudinéia e Roberta (*in memoriam*), pelo apoio e amizade.

Aos membros da minha Banca de Qualificação, Profa. Dra. Dagmar de Paula Queluz, Profa. Dra. Luciane Miranda Guerra e Profa. Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli, pelas valiosas contribuições para o trabalho.

A equipe da Biblioteca, Josidelma, Heloisa, Paulo e Eliseu, pelo auxílio nas dúvidas, com destaque à Marilene Girello pelo auxílio nas buscas de material.

Aos colegas de turma do doutorado. Apesar da minha pouca convivência, aprendi com vocês e fiz amigos neste grupo: Karin, Tais, Armando, Juliana, Pedro, Telmo e Fabrício Olivati. Agradeço também a colegas de outras turmas, parceiros na elaboração de artigos, como a Gabriela, Marco Vieira e Fabrício Rutz.

A Valéria Brizon, professora e colega que me ensinou os passos metodológicos da revisão sistemática, e que colaborou ativamente neste trabalho. Além disso foi amiga e incentivadora nesta etapa final.

A minha chefia e colegas da Coordenadoria do Campus FOP, Bento, Jaqueline e Luana, também pela amizade e incentivo para concluir essa etapa de minha vida e me apoiar nas rotinas do trabalho durante minhas ausências.

Aos demais amigos, de dentro ou de fora da UNICAMP, que contribuíram, apoiaram, oraram ou mesmo torceram por mim. Meu muito obrigado!

RESUMO

Este trabalho trata do financiamento da saúde bucal. O financiamento da saúde se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades da saúde. Foram elaborados dois estudos. O primeiro teve o propósito de identificar os modelos de financiamento e os respectivos recursos financeiros destinados para a saúde bucal em diferentes países. Foi utilizado o checklist Moose (2000), em diversas bases oficiais de dados e com uma lista de descritores sobre o financiamento da saúde bucal, seguindo rigorosamente os passos metodológicos de uma revisão sistemática e detalhados no estudo. Após as exclusões dos artigos que não estavam de acordo com os critérios, foram incluídos para análise 22 artigos. Os 29 países encontrados foram agrupados em quatro modelos de financiamento da saúde, o modelo bismarckiano, modelo beveridgiano, modelo americano e modelo misto. O segundo estudo tem como objetivo descrever o financiamento público da saúde bucal no Brasil, e pra isso é apresentado o histórico e legislação da saúde pública, os principais programas implantados, incluindo os valores recebidos a partir dos repasses financeiros do Ministério da Saúde no período de 1998 a 2016 e que englobam os último 5 governos nacionais. São analisados os repasses agrupados nos Blocos de Financiamento do Ministério da Saúde. A saúde bucal recebe em média 1,40% dos valores repassados para a saúde. Como conclusão, o financiamento da saúde bucal, em muitos países ainda com predomínio do financiamento privado, tem experimentado avanços no financiamento público, ao serem incluídos nos programas gerais de saúde, ações e serviços de saúde bucal e seus respectivos recursos públicos. No Brasil, no período analisado houve um crescimento real nos repasses de recursos, porém nos últimos anos esses recursos se estabilizaram com tendência a queda, além disso, a saúde bucal nos últimos anos perdeu espaço, teve o seu percentual diminuído dentro dos Blocos de Financiamento, para outras ações e programas do governo federal.

Palavras-chave: Financiamento da Saúde; Recursos financeiros para a saúde; Saúde Bucal; Odontologia; Sistema Único de Saúde – Brasil.

ABSTRACT

This paper deals with oral health financing. Health financing refers to the mechanisms by which resources are mobilized to fund health activities. Two studies were prepared. The first aimed at identifying the financing models and the respective financial resources earmarked for oral health in different countries. The checklist Moose (2000) was used, in several official databases and with a list of descriptors on oral health financing, strictly following the methodological steps of a systematic and detailed review in the study. After the exclusions of articles that did not meet the criteria, 22 articles were included for analysis. The 29 countries found were grouped into four health financing models, the Bismarckian model, the Beveridgian model, the American model and the mixed model. The second study aims to describe the public financing of oral health in Brazil, and for this is presented the history and legislation of public health, the main programs implemented, including the amounts received from the financial onlendings of the Ministry of Health from 1998 to 2016 and which include last five national governments. Transfers are grouped in the Financing Blocks of the Ministry of Health. Oral health receives on average 1.40% of the amounts passed on to health. In conclusion, oral health financing, in many countries still dominated by private funding, has experienced advances in public funding by being included in the general health programs, actions and services of oral health and their respective public resources. In Brazil, in the analyzed period there was a real increase in the transfer of resources, but in recent years these resources have stabilized with a tendency to fall, in addition, oral health in recent years lost space, had its percentage decreased within the Financing Blocks, for other actions and programs of the federal government.

Key words: Healthcare Financing; Financial resources in health; Oral Health; Dentistry; Unified Health System - Brazil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
CEO	- Centro de Especialidades Odontológica
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Equipe de Saúde da Família
FNS	- Fundo Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IGP	- Índice Geral de Preços
IPCA	- Índice de Preços ao Consumidor Amplo
LRPD	- Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAC	- Média e Alta Complexidade
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio a Saúde da Família
ONG	- Organização Não Governamental
PAB	- Piso de Atenção Básica
PMAQ	- Programa nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNSB	- Plano Nacional de Saúde Bucal
PPI	- Programação Pactuada e Integrada
SUS	- Sistema Único de Saúde
UOM	- Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 ARTIGOS	15
2.1. FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL EM PAÍSES SELECIONADOS.....	15
2.2. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL, COM RECURSOS DO GOVERNO FEDERAL NO PERÍODO DE 1998 A 2016.....	37
3 DISCUSSÃO	68
4 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	71

1 INTRODUÇÃO

A expressão financiamento da saúde se refere aos mecanismos pelos quais os recursos, especialmente os financeiros, são mobilizados para financiar atividades do setor de saúde. O dinheiro é arrecadado, por meio de diferentes tipos de mecanismos de financiamento, diretos ou indiretos, e por fontes de receitas públicas ou privadas (Brasil, 2013; Carrillo Roa, 2015). Além das fontes de receitas, o financiamento também deve ser analisado sobre a forma como se estruturam os gastos. O retorno a ser obtido depende de orientações políticas, que definem as prioridades do gasto, e que, portanto, devem ser medidos por seu impacto e contribuição para o desenvolvimento socioeconômico (Brasil, 2013).

Assim, o financiamento da saúde demanda a disponibilidade de recursos financeiros, e uma das questões que mais preocupam os gestores e governos é que os recursos sempre são limitados.

A escassez é uma característica inerente aos recursos em qualquer campo da atividade humana. Jamais haverá suficiência de meios materiais para satisfazer todas as necessidades, uma vez que as aspirações humanas são crescentes e ilimitadas. Isso é verdadeiro no campo da saúde, que com o crescimento acelerado do saber médico-sanitário e outros fatores que incrementam os custos dos serviços de saúde, sobretudo a partir de meados do século XX, levou a crescente participação dos estados nacionais no financiamento e na provisão de cuidados médicos (Brasil, 2011).

Os sistemas de proteção social estão, em alguns países, vinculados ao conceito de Estado de Bem-Estar (Welfare State), cuja característica central é a cobertura universal de serviços sociais básicos, como educação fundamental, previdência, assistência social e saúde. Sua construção representa, em última análise, o resultado de um processo de progressiva substituição das relações de mercado por direitos sociais. Tal concepção, característica da social democracia, leva a uma gradual universalização da política social. Após seu apogeu nos anos de 1970, esse modelo entrou em crise (Brasil, 2011).

Para dar respostas às necessidades que o Estado não consegue satisfazer, começam a ter destaque ações privadas de mercado, descritas a seguir, e uma terceira via, setor não lucrativo, também chamado de público não estatal, tais como ONGs, cooperativas, associações, organizações sociais e entidade filantrópicas em

geral. Esses entes privados não lucrativos passaram a ser protagonistas ainda mais importantes do que antes, no processo de ajuste do Estado de Bem-Estar aos novos tempos, particularmente no campo da saúde, em diversos países (Brasil, 2011).

As receitas financeiras do sistema de saúde provêm, fundamentalmente, de três fontes de financiamento: os impostos e contribuições sociais; gastos diretos das famílias e gastos das empresas empregadoras (Bahia, 2005). A primeira fonte de financiamento citada, os impostos e contribuições sociais, são prerrogativa dos governos nacionais ou regionais e fazem parte do financiamento público da saúde.

Os serviços de saúde pública oferecidos no Brasil são financiados pela União (Governo Federal) com recursos próprios e também de contribuições sociais dos empregados e dos patrões sobre o pagamento, sobre o faturamento e sobre o lucro; e por parte dos recursos das loterias. (Moimaz et al., 2008).

O financiamento da saúde pode ser agrupado em quatro modelos de financiamento distintos. O primeiro é o modelo bismarckiano, também chamado de modelo contributivo ou de seguridade social, ou modelo de cotas, financiado por contribuições obrigatórias patronais e de trabalhadores, surgido na Alemanha, em 1883 e implantado pelo chanceler Otto von Bismarck (1815-1898), que estruturou o sistema de saúde e planejou um esquema de seguridade social, daí o seu nome ser associado ao modelo. (Soares, 2007; Brasil, 2013). Este modelo inspirou sistemas previdenciários de todo o mundo e foi adotado por diversos países, incluindo o Brasil em 1923. Ele abrange a maioria dos países da Europa, e na odontologia é caracterizado pelo seguro de doença, por um pequeno setor público, e pelo trabalho independente dos dentistas, raramente usando auxiliares clínicos (Downer et al., 2006; Brasil, 2011).

O segundo modelo de financiamento, modelo beveridgiano, também conhecido como modelo anglo-saxão, surgiu no Reino Unido, através de Lord William Beveridge (1879-1963), que organizou o sistema de saúde inglês, unificando os seguros existentes no país para garantir o direito à assistência à saúde e a universalidade do acesso a partir de 1948. Caracteriza-se pela oferta de serviços financiados por meio de impostos gerais e de contribuições salariais, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. Foi adotado em partes posteriormente em vários países como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Suécia, Dinamarca,

Noruega, Finlândia, Suécia e no Brasil a partir de 1988 (Downer et al., 2006; Soares, 2007; Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Um terceiro modelo é o americano. Sua origem é mista, pois envolve recursos federais e dos estados para atender alguns grupos sociais e recursos dos beneficiários. A maior parte do financiamento da saúde americana vem de recursos privados (Brasil, 2011).

Um quarto modelo, o financiamento misto, é atribuído a países que mesclaram em seus sistemas de saúde parte dos quatro modelos apresentados acima. (Brasil, 2013)

Até aqui, os quatro modelos, mesmo quando são combinados com recursos privados, tem partes de sua composição com recursos públicos, advindos normalmente através de impostos e contribuições sociais. Resta apresentar o financiamento de mercado, que ocorre em duas vertentes: com recursos das famílias e/ou das empresas. Por sua vez, as modalidades principais de financiamento são o pré-pagamento e o pagamento direto (em inglês: *out of pocket*). A primeira é inerente aos planos e ao seguro de saúde. A segunda modalidade é o pagamento direto, que trata-se da modalidade mais antiga e uma das características da medicina liberal clássica. Sua vantagem mais apreciada é possibilitar ao paciente o exercício do direito de livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro tipo de serviço. Por outro lado, o pagamento direto pode ser a forma mais regressiva de custear a assistência à saúde, além de expor as famílias a gastos que podem ser catastróficos (Brasil, 2011; Carrillo Roa, 2015)

A saúde bucal é muitas vezes negligenciada pelos governos quando se trata de sistemas públicos de saúde bucal, que precisam do conhecimento não só das doenças bucais, mas também do contexto social e econômico, que desempenham um papel importante no desenvolvimento dessas doenças, as quais, por estarem presentes em uma parte da população, são consideradas um problema de saúde pública. (Roubach, 2010)

O primeiro estudo desta tese teve o objetivo de identificar como ocorre o financiamento da saúde bucal em diferentes países, quais são os modelos de financiamento da saúde adotados por eles e quanto de recursos públicos são destinados à saúde bucal nesses países, que foram agrupados com base nos quatro modelos de financiamento da saúde aqui citados.

Na sequência, um segundo estudo foi realizado, desenvolvido com base em dados e informações obtidas em órgãos oficiais e na legislação do Brasil, com o objetivo de descrever o financiamento público federal da saúde bucal no Brasil, entre os anos de 1998 a 2016, apresentando também os programas e ações de saúde bucal disponíveis e financiados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

2 ARTIGOS

2.1. FINANCIAMENTO DA SAÚDE BUCAL EM PAÍSES SELECIONADOS

Décio Henrique Franco; Valéria Silva Cândido Brizon; Gabriela Christiel Soto Rojas; Fabrício Rutz da Silva; Antonio Carlos Pereira; e Marcelo de Castro Meneghim

RESUMO

O financiamento da saúde se refere aos mecanismos pelos quais os recursos são mobilizados para financiar atividades da saúde. **Objetivo:** Este estudo teve o propósito de identificar os modelos de financiamento e os respectivos recursos financeiros destinados para a saúde bucal em diferentes países. **Metodologia:** Foi utilizado o checklist MOOSE (2000). As bases de dados foram PubMed Central, Web of Knowledge, LILACS, Scopus, SciELO. Para a estratégia de busca utilizaram-se as seguintes palavras-chaves da lista de descritores DeCS e do MeSH: Economics, Public financing, Dental Care, Health policy, Dentistry, Oral Health; além destas palavras em português, e seus entretérminos por meio dos operadores booleanos apropriados. Os critérios de inclusão para a seleção dos títulos foram: Estudos observacionais; Todos os idiomas; Início das publicações sobre o tema até junho 2016; Relação com o financiamento na saúde bucal. Após exclusão dos artigos duplicados ficaram 1737 artigos para leitura dos títulos e resumos e na sequência foram lidos na forma completa 252 artigos. Destes, foram excluídos 230 artigos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, dos quais 22 foram incluídos para este estudo. **Resultados:** Os 29 países encontrados foram agrupados em quatro modelos de financiamento da saúde, o modelo bismarckiano (com base em contribuições obrigatórias), modelo beveridgiano (com base em impostos gerais), modelo americano (com recursos públicos para alguns e predomínio dos recursos privados) e modelo misto. **Conclusão:** O financiamento da saúde bucal, em muitos países ainda com predomínio do financiamento privado, tem experimentado avanços no financiamento público, ao serem incluídos nos programas gerais de saúde, ações e serviços de saúde bucal e seus respectivos recursos públicos.

Palavras-chaves: Financiamento da Saúde; Modelo de Financiamento; Recursos financeiros; Saúde Bucal; Odontologia

ABSTRACT

Health financing refers to the mechanisms by which resources are mobilized to fund health activities. Objective: This study aimed to identify the funding models and respective financial resources earmarked for oral health in different countries. Methodology: The MOOSE checklist (2000). The databases were PubMed Central, Web of Knowledge, LILACS, Scopus, and SciELO. For the search strategy, we used the following keywords from the list of descriptors DeCS and MeSH: Economics, Public financing, Dental Care, Health policy, Dentistry, Oral Health; besides these words in Portuguese, and their entretérminos through the appropriate Boolean operators. Inclusion criteria for the selection of titles were: Observational studies; All languages;

Beginning of the publications on the theme until June 2016; Relation with funding in oral health. After exclusion of duplicate articles, were 1737 articles for reading titles and abstracts and in the sequence were read in complete form 252 articles. Of these, 230 articles were excluded because they did not meet the inclusion criteria, of which 22 were included for this study. Results: The 29 countries found were grouped into four health-financing models, the Bismarckian model (based on mandatory contributions), the Beveridgian model (based on general taxes), the American model (with public resources for some and a predominance of private resources) and mixed model. Conclusion: Oral health financing, in many countries still dominated by private funding, has experienced advances in public funding by being included in the general health programs, actions and services of oral health and their respective public resources.

Key words: Health Financing; Financing Model; Financial resources; Oral Health; Dentistry

1 - INTRODUÇÃO

O financiamento da saúde se refere aos mecanismos diretos ou indiretos, e por fontes de receitas públicas ou privadas, pelos quais os recursos financeiros são mobilizados para financiar atividades do setor de saúde (Carrillo Roa, 2015). O financiamento é relacionado com a origem dos recursos para se atender despesas de saúde, e o tema se torna mais relevante nestes tempos em que os países enfrentam problemas de falta de recursos (Giovanella e Stegmuller, 2014; Gomes, 2014).

Há quatro modelos de financiamento da saúde. O primeiro é o modelo bismarckiano, também chamado de modelo contributivo ou de seguridade social, ou modelo de cotas, financiado por contribuições obrigatórias patronais e de trabalhadores. Seu nome deriva da legislação alemã de 1883 do chanceler Otto von Bismarck (1815-1898). O sistema alemão teve suas raízes no conceito de polícia médica, onde havia o interesse de que os cidadãos fossem saudáveis, o que seria conseguido através da organização da saúde pública. Bismarck estruturou o sistema de saúde e planejou um esquema de seguridade social (Soares, 2007; Brasil, 2013).

O segundo modelo de financiamento, modelo beveridgiano, também conhecido como modelo anglo-saxão, surgiu no Reino Unido, através do economista Lord William Beveridge (1879-1963), que a partir do relatório de Beveridge (1942), organizou o sistema de saúde inglês, unificando os seguros existentes no país para garantir o direito à assistência à saúde e a universalidade do acesso a partir de 1948. Caracteriza-se pela oferta de serviços financiados por meio de impostos gerais e de

contribuições salariais, prestação mista dos serviços e o controle e regulação do sistema pelo Estado. Foi adotado em partes posteriormente em vários países como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Suécia, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Suécia e no Brasil a partir de 1988 (Downer et al., 2006; Soares, 2007; Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Um terceiro modelo seria o modelo de financiamento americano. Sob a óptica do financiamento, a origem é mista, pois envolve recursos federais, dos estados e dos beneficiários, com a maior parte vinda de recursos privados (Brasil, 2011).

Um quarto modelo, o financiamento misto, é atribuído a países que mesclaram em seus sistemas de saúde parte dos três modelos apresentados até aqui.

A saúde bucal, apesar de ser uma área importante na saúde da população mundial é muitas vezes negligenciada pelos governos quando se trata de sistemas públicos de saúde bucal, que precisam do conhecimento não só das doenças bucais, mas também do contexto social e econômico (Roubach, 2010). Diante de sucessivas crises financeiras e políticas que trazem a discussão dos diferentes modelos de financiamento da saúde bucal para a sociedade, o presente trabalho, por meio de uma revisão sistemática, identifica os modelos de financiamento e os respectivos recursos financeiros destinados para a saúde bucal em diversos países.

2 - METODOLOGIA

Para este estudo foram utilizadas o checklist *Meta-analysis of observational studies in epidemiology* (MOOSE) para estudos observacionais (Stroup et al., 2000). Foram considerados elegíveis todos os estudos que relataram financiamento em saúde bucal. A seleção dos estudos foi realizada em duas fases: (1) resumos e títulos foram selecionados e (2) os textos completos dos títulos selecionados foram obtidos e lidos para formar o conjunto de amostra final.

2.1. Estratégia de Pesquisa

As bases de dados empregadas para o rastreamento dos artigos foram PubMed Central, Web of Knowledge, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para a estratégia de busca utilizaram-se as seguintes palavras-chaves da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject*

Headings (MeSH): “Economics”, “Public financing”, “Dental Care”, “Health policy”, “Dentistry”, “Oral Health”, “Financiamento”, “Financiamento da saúde”, “Recursos financeiros”, “Custos em saúde bucal”, “Gastos em saúde bucal”, “SUS”, “Sistema Único de Saúde”, “Políticas de saúde”, “Política Nacional de Saúde Bucal” e seus entretermos por meio dos operadores booleanos apropriados.

2.2. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de seleção foram: todos os idiomas; início das publicações sobre o tema até junho 2016; e relação com o financiamento na saúde bucal. Todos os estudos de financiamento relacionados a doenças sistêmicas, a custo-efetividade, sem relação com financiamento em saúde bucal, pesquisas sobre eficácia de programas sem relação com o financiamento, editoriais, estudo piloto, comentário, revisão sistemática, ensaio clínico, foram excluídos.

2.3. Seleção de Estudos e extração de dados

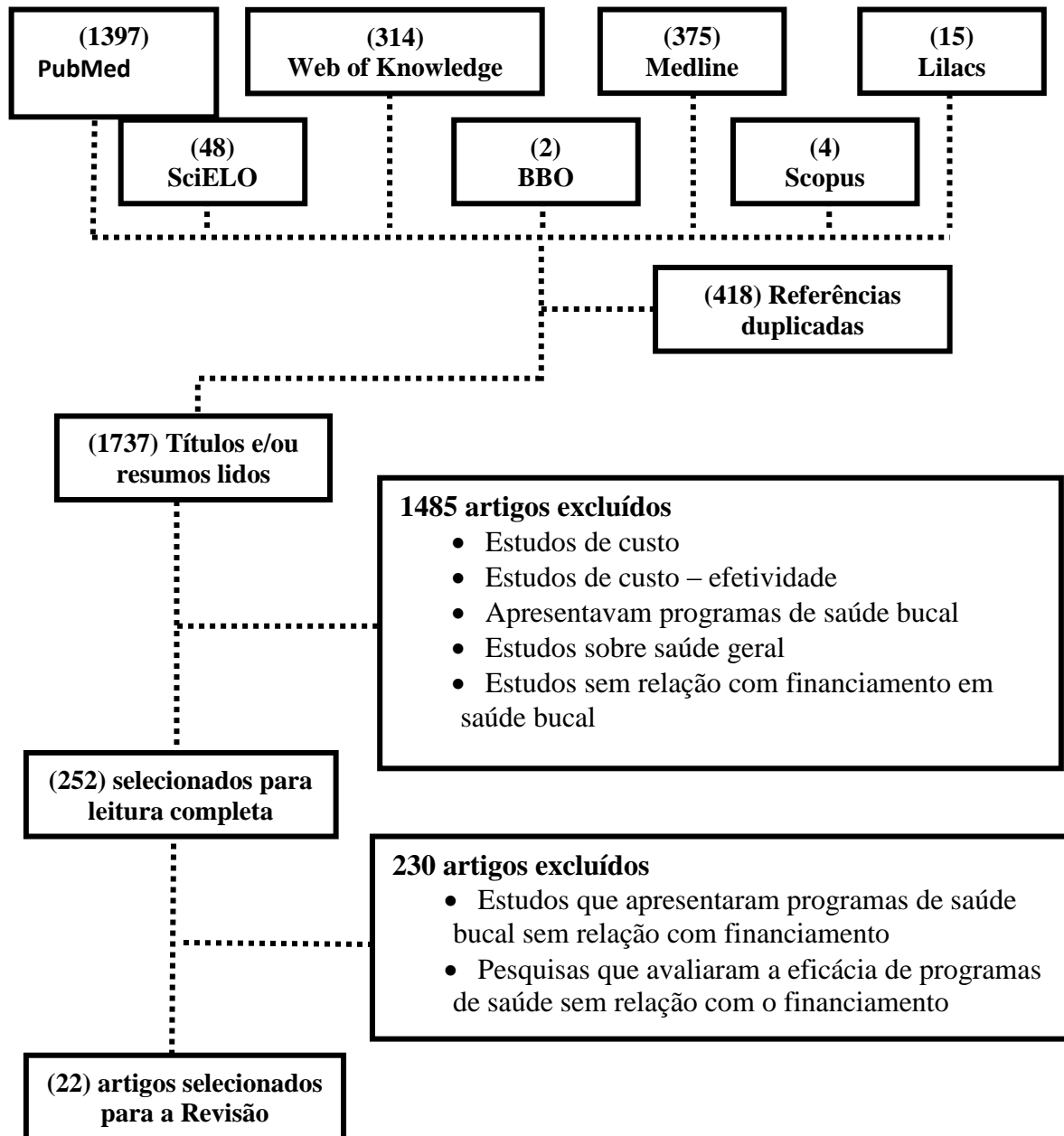
Dois autores (DHF e GCSR) realizaram, em separado, a busca, seleção e análise dos artigos. Após as estratégias de busca, foram identificados os estudos em duplicidade. Uma primeira avaliação foi feita com base nos títulos e resumos e, aqueles artigos que não cumpriram com os critérios de inclusão ou apresentaram critérios de exclusão foram rejeitados. Na sequência foi obtido o texto dos artigos para confirmar sua elegibilidade após leitura na íntegra. Na existência de discordância entre os autores foi solicitada a avaliação de um terceiro autor (VSCB), avaliador gold-standard. Para extração e tabulação dos dados foi elaborada uma planilha no Excel 2010. Os itens incluídos na planilha foram: autor/ano de publicação, região/país, tipo de financiamento na saúde bucal, programa relacionado ao financiamento.

O desfecho estudado foi o modelo de financiamento da saúde e a quantidade de recursos financeiros destinados para a saúde bucal em diversos países.

3- RESULTADOS

Foram encontrados 2.155 artigos, dos quais 418 eram referências duplicatas. Foram lidos 1.737 títulos e resumos, sendo 1.485 excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. O restante, 252 artigos foram lidos de forma completa dos quais 230 foram excluídos por não estarem também de acordo com os critérios, restando portanto 22 artigos incluídos para este estudo (Figura 1).

Figura1: Fluxograma da seleção do estudo



Fonte: Elaboração própria

Dos 22 artigos selecionados para a leitura completa, quando analisado o país do estudo, os Estados Unidos representaram 27,3% (6 artigos) e em seguida o Brasil com 18,2% (4 artigos). Os países da Europa foram relacionados em 36,4% (8 artigos), sendo que Anderson et al (1998) compara 18 países, Downer et al (2006) analisa 9 países, Heloe (1988) apresenta os países escandinavos e Kossioni (2012) analisa alguns países europeus. Outros artigos apresentam países como a Itália (Benedetti et

al., 2015), Ucrânia (Bindi et al., 2012), Albânia (Bogdani, 2003), Chipre (Charalambous e Theodorou, 2013), Síria (Beiruti e Helderman, 2004), Irã (Jadidfard et al., 2012), Austrália (Harford e Spencer, 2004). Três estudos comparam a Austrália com outros países, incluindo num deles o Japão. (Downer et al., 2006; Birch e Anderson, 2005; Kawaguchi et al., 1998), e no estudo de Birch e Anderson (2005) houve comparações do Canadá com outros países desenvolvidos de língua inglesa (Quadro 1).

Neste estudo os países foram agrupados pelo modelo de financiamento adotado.

3.1. Modelo de financiamento bismarckiano

Nos países Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo, Países Baixos e Suíça o sistema de saúde bucal se dá através de sistema de seguro social, obrigatório e regulado pelo governo, com opção de seguro privado voluntário. As principais fontes de financiamento são contribuições de empregados e empregadores. Este sistema fornece cobertura quase universal através da adesão de seguros de saúde bucal para cerca de 180 milhões (50%) de pessoas em toda a Europa (Anderson et al., 1998).

3.2. Modelo beveridgiano

No Reino Unido, Dinamarca, Finlândia e Suécia o governo organizou sistema nacional de saúde e as fontes de financiamento são tributação geral com copagamentos de pacientes (Anderson et al., 1998; Downer et al., 2006; Kossioni, 2012).

Na Dinamarca, Finlândia e Suécia o atendimento odontológico para crianças e adolescentes é gratuito e fornecido em clínicas nas escolas. A saúde bucal de adultos é subsidiada pelo governo (Downer et al., 2006; Anderson et al., 1998). Já no Reino Unido o Serviço Odontológico Comunitário prevê o rastreio de crianças e tratamento para populações com necessidades especiais e os pobres (Birch e Anderson, 2005).

Na Espanha, Itália, Noruega, Grécia e Portugal a saúde bucal ocorre através de prestação privada (os indivíduos que pagam) e financiamento residual para grupos incapazes de pagar pelos serviços, com tributação local (Anderson et al., 1998).

Na Irlanda a maioria dos dentistas trabalham no setor privado. Adultos de baixa renda recebem tratamento gratuito básico com dentistas privados em um regime financiado pelo governo (Downer et al., 2006).

Na Islândia, os subsídios do governo são limitados a alguns grupos, e quase todos os cuidados de saúde bucal são pagos por particulares (Anderson et al., 1998).

No caso da Itália, Benedetti et al. (2015) citam que os serviços de saúde bucal foram organizados à parte da saúde em geral. Quase 90% da saúde bucal estão sob os regimes privados, e 86% dos usuários efetuam pagamentos diretos, 8% recebem reembolso parcial do seguro, e cerca de 6% recebem cuidados gratuitos.

A maioria dos adultos da Noruega usam serviços odontológicos privados, porém o serviço público bucal é grande, com 40% dos dentistas no setor público. Há regimes de seguros odontológicos privados na Noruega, e organizações subsidiam a saúde bucal de seus funcionários (Anderson et al., 1998; Downer et al., 2006).

No Canadá, os cuidados dentários são deixados ao regime privado e existe um sistema de seguro para os pacientes. Já o financiamento público é limitado a alguns grupos, variando entre as províncias. Os idosos com rendimentos limitados também podem obter o cuidado odontológico. (Birch e Anderson, 2005; Downer et al., 2006).

Na Austrália, o atendimento odontológico ocorre em consultórios particulares. Um sistema público para crianças e adolescentes é financiado pelo governo, através da tributação e realizado em escolas (Birch e Anderson, 2005; Downer et al., 2006). Em 1991 o país gastou US\$ 1,5 bilhões em saúde bucal, US\$ 88,30 per capita, ou 5,1% do total das despesas de saúde. No entanto, apenas 6,3% foram com recursos públicos. O financiamento privado contribuiu em 2002 com 60,2% e os seguros privados com mais 33,5% das despesas (Kawaguchi et al., 1998).

Na Nova Zelândia o sistema de saúde oferece para as crianças e adolescentes assistência odontológica gratuita. Para os adultos os serviços são prestados por dentistas privados com os pacientes pagando uma taxa. O subsídio público adulto é muito limitado e direcionado a alguns grupos (Birch e Anderson, 2005; Downer et al., 2006).

3.3. Modelo de financiamento americano

Nos Estados Unidos os serviços de saúde bucal são financiados na sua maioria pelo setor privado, cabendo um pequeno percentual com recursos públicos (Albertini et al., 1984; Birch e Anderson, 2005; Bailit e Beazoglou, 2008).

O financiamento público em 1999 foi de 5% de todos os gastos totais com saúde bucal no país (Birch e Anderson, 2005). Já em 2000 foram gastos com saúde bucal US\$ 60 bilhões, US\$ 220 per capita (Crall, 2002). Em 2005, os gastos com

saúde bucal foram de 4,4% do total de gastos com saúde. Foram gastos US\$ 86,6 bilhões no total, sendo que US\$ 81,4 bilhões com gastos privados (US\$ 43,1 bilhões com seguros privados e US\$ 38,3 bilhões com pagamentos diretos). Em 2005 o financiamento público foi 6% ou US\$ 5,2 bilhões (US\$ 4,5 bilhões para o Medicaid; US\$ 0,1 bilhão para o Medicare; e US\$ 0,6 bilhão para outros (Bailit e Beazoglou, 2008).

DISCUSSÃO

O encargo financeiro de tratamentos dentários representa, em média, de 5 a 10% do total das despesas de saúde pública em muitos países de alta renda. (Roubach, 2010).

Países com o modelo de financiamento bismarckiano

Foram encontrados nesta revisão com as características do modelo bismarckiano: Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Luxemburgo, Países Baixos, Suíça, Irã e o Japão.

Este modelo iniciado na Alemanha e que inspirou sistemas previdenciários de todo o mundo, chegou no Brasil em 1923 e hoje abrange a maioria dos países da Europa. Na odontologia é caracterizado pelo seguro de doença, por um pequeno setor público, e pelo trabalho independente dos dentistas (Downer et al., 2006; Brasil, 2011).

Na Alemanha, país com 80.688.545 de habitantes (IBGE, 2016), o gasto com saúde per capita é de US\$ 2.817, e 10,9% do PIB, dos quais 79% são gastos públicos. A atenção primária é privada e financiada pelo governo. Os pacientes têm livre escolha de médicos e dentistas e os hospitais são um mix público e privado, sendo 53% dos leitos públicos, 47% privados (Brasil, 2013). Em 2008 haviam 65.629 dentistas, sendo 96% em consultórios particulares (Roubach, 2010). A Alemanha possui um sistema de seguro social público obrigatório com saúde bucal. Os empregadores também têm que contribuir e os membros segurados podem obter acesso a uma gama definida de serviços odontológicos. Para alguns serviços, o segurado receberá um subsídio parcial ou total. São cobertos 70% dos adultos e 75% das crianças. A despesa total da saúde bucal é de 0,8% do PIB. (Anderson et al., 1998; Roubach, 2010).

Na França, 96% da população acessa o sistema público de saúde. É possível ser atendido por profissionais de fora do sistema e uma parcela da população pagam

outros planos de saúde. O modelo é o de seguro social nacional, que determina o teto máximo para as despesas. Em 2002, o gasto total com saúde era de 9,7% do PIB, o gasto per capita de US\$ 2.736 e o gasto público é de 76% do total. Os casos graves e emergências ficam a cargo dos hospitais. A atenção primária é feita por médicos, que recebem de seus pacientes que são parcialmente reembolsados pelo Estado. A complexa estrutura torna o controle de gastos difícil, embora essas elevadas despesas resultem em alto nível de satisfação. (Brasil, 2013)

O financiamento da saúde da Suíça vem das taxas às caixas de seguros, dos impostos e dos usuários. O governo garante a saúde bucal nas escolas e o país possui 45.000 dentistas. Cerca de 45% dos dentistas vêm do exterior e a maioria dos tratamentos dentários se dá com pagamento direto para serviços privados. A despesa com a saúde bucal na Suíça é de 0,12% do PIB (Roubach, 2010).

Países com o modelo de financiamento Beveridgiano

O Reino Unido, formado pela Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales, tem um Serviço Nacional de Saúde financiado por impostos (95%). O gasto com saúde é de 7,7% do PIB e o gasto per capita de US\$ 2.160 (Brasil, 2013). Para a saúde bucal os pacientes fazem co-pagamentos (60%) e o governo financia outros 40%. Em 2010 haviam 31.000 dentistas (Anderson et al., 1998; Roubach, 2010). Recebem tratamento dentário gratuito os menores de 18 anos, mulheres grávidas e famílias de baixa renda (Birch e Anderson, 2005). Menos de 10% da população tem seguros privados para cuidados dentários (Roubach, 2010).

A maioria dos adultos na Dinamarca e Finlândia usa serviços odontológicos privados, com uma parte dos custos reembolsado. Também há alguns regimes de seguro odontológicos privados. Na Finlândia e na Suécia, os adultos também podem ser tratados no serviço público odontológico. Desde 1974 o seguro dental público cobriu todos os adultos suecos. (Heloe, 1988; Downer et al., 2006)

A cobertura da população infantil é elevada na Dinamarca, Finlândia e Suécia. Os serviços abrangem grupos de adultos, pessoas com deficiência e idosos. Nesses países os governos locais administram subsídios para a saúde bucal dos adultos. Mais de um terço dos dentistas são empregados por serviços públicos de odontologia, por exemplo, na Dinamarca são 30%, na Finlândia são 50% e na Suécia mais da metade dos dentistas trabalham no setor público. (Anderson et al., 1998; Downer et al., 2006).

Na Suécia a população para receber tratamentos de saúde, incluindo cuidados dentários tem que pagar uma taxa. Em 2002, esquemas de proteção de alto custo foram implantados para pacientes acima de 64 anos. O governo fornece para adultos entre os 30 e os 74 anos, um voucher de 32 euros. Aqueles entre 20 e 29 ou mais de 75 anos recebem um vale de 64 euros. A 'proteção de alto custo' é uma ação no qual o sistema de saúde reembolsa em 50% os tratamentos entre 321 e 1590 euros. Se o tratamento for superior a 1590 euros, 85% serão reembolsados (Roubach, 2010).

Na Noruega o atendimento odontológico para menores de 19 anos é gratuito e fornecido em clínicas dentro de escolas com pessoal assalariado. Pode-se afirmar que a cobertura da população infantil também é muito elevada (Downer et al., 2006).

Na Itália o sistema de saúde difere muito entre as regiões (Roubach, 2010). Em 1978 o país criou o Serviço Nacional de Saúde que se baseia na equidade e acesso universal e é financiado pela tributação geral. Os serviços de saúde pública estão descentralizados e são financiados pelas autoridades centrais e locais. A Itália tinha 48.000 dentistas em 2007, sendo que 93% em consultório, 5% em práticas públicas e o restante em universidades e forças armadas (Roubach, 2010). Dados mais recentes informam que o número de dentistas varia de 53.000 a 57.000 (Benedetti et al., 2015).

Na Espanha, em 2010 haviam 24.000 dentistas, sendo 92% trabalhando em consultórios e o restante no serviço público, universidades e forças armadas. O país tem um Sistema Nacional de Saúde, financiado pelas deduções sobre os trabalhadores. A população tem o direito à saúde porém os serviços odontológicos não estão na lista de serviços prestados. Cada região do país tem um pequeno serviço público odontológico proporcionando tratamentos urgentes. Cerca de 18% da população usa seguros complementares privados (Roubach, 2010).

No Canadá, os cuidados de saúde bucal têm baixa prioridade nas políticas públicas. Apesar da saúde ser uma responsabilidade dos governos locais, o governo federal tem exercido uma influência sobre as províncias, definindo as condições de cobertura universal que devem ser satisfeitas. No entanto, esta legislação é restrita a apenas aos serviços hospitalares e médicos. O atendimento odontológico não está sujeito a estas condições, o que faz com que cada província determine o nível e a forma de financiamento público para cuidados dentários (Birch e Anderson, 2005).

Na Austrália, a prática odontológica é controlada e os serviços organizados em nível estadual, ondem os serviços odontológicos públicos variam de modelos

centralizados a altamente regionalizados. Os subsídios públicos do governo para a saúde bucal foram transferidos para seguro de saúde dental privado, o que resultou numa redistribuição de fundos de pessoas com baixos rendimentos com má saúde bucal, para pessoas com rendimentos médios a elevados com uma saúde bucal melhor (Harford e Spencer, 2004; Downer et al., 2006).

Na Nova Zelândia a maioria da população é responsável pelos custos dos serviços odontológicos. O financiamento público contribui com 25% dos gastos, que se concentra em crianças e adolescentes. Um adicional de 5% é do seguro privado, com os restantes 70% das despesas pagas do bolso (Birch e Anderson, 2005).

País com o modelo de financiamento americano

O modelo americano baseia-se numa premissa de que os serviços de saúde devem ser fornecidos pelo governo somente quando indivíduos são incapazes de custear esses serviços por conta própria, e ao longo do século XX, o financiamento público dos serviços odontológicos alcançou alguns grupos. Os primeiros beneficiários foram os índios e os ex-combatentes. Nos anos de 1960, foram incorporados os idosos (Medicare) e os pobres (Medicaid) (Albertini et al., 1984, Brasil, 2011).

Nos Estados Unidos os fundos públicos ou privados são destinados para pagar terceiros como parte de programas do governo. Prestações de cuidados dentários são financiados através de acordos separados dos planos gerais de saúde. Até 2002, metade da população dos EUA tinha algum tipo de cobertura odontológica (Crall, 2002). No estudo de Moeller et al. (2010) 70% das pessoas com 65 anos ou mais em 2004 não estavam cobertas por nenhum seguro odontológico. Outro estudo informa que 100 milhões de pessoas têm cobertura odontológica comercial, através do emprego que paga 50% das despesas dentárias. O pagamento de serviços baseia-se no reembolso de honorários por serviços. Planos de indenização comercial compreendem mais de 80% do mercado comercial (Crall, 2002).

O sistema americano apresenta contradições. Bauman (1996) em uma pesquisa nacional levantou que 64,5% dos dentistas acreditavam que o acesso aos cuidados dentários deveria ser para todos, porém apenas 36,4% concordaram que a saúde bucal é um direito de todas as pessoas. Em relação ao financiamento, apenas 28,4% acreditavam que os planos de seguro odontológico abrangiam os pacientes que necessitam de cuidados, no entanto, a maioria acreditava que os pacientes deveriam ter co-pagamentos (88,4%) e franquias (68,5%) associados ao seu cuidado.

Países com o modelo de financiamento misto

Vários países do mundo utilizam mais de um modelo de financiamento para dar forma a seus respectivos sistemas de saúde pública. Nesta revisão sistemática foram encontrados a Albânia, Ucrânia, Síria e o Brasil.

Na Albânia, país com 3 milhões de habitantes, o serviço odontológico público em 2000 enfrentava desafios como a má acessibilidade, equipamentos antigos, condições sanitárias ruins e os salários dos dentistas muito baixos, o que fazia com que esses dentistas procurassem outros trabalhos para compensar a sua baixa renda. Em 2002, uma reforma começou, com foco preventivo e que previa concentração de serviços odontológicos públicos em grandes clínicas, melhor gestão e transformação das práticas escolares em centros de prevenção bucais (Bogdani, 2003).

A Ucrânia, país com 45 milhões de habitantes, tem em sua constituição de que o tratamento médico gratuito estará disponível nas unidades de saúde estatais para todos os cidadãos. Mas, com a crise econômica o governo não consegue atender a demanda. O financiamento público da saúde se dá pelos impostos gerais. Este sistema está passando por alterações, com destaque a criação de um setor privado formal. Em 2011 o país possuía 21.313 dentistas. Os serviços públicos gratuitos abrangem a prestação de serviços básicos, como urgências, cuidados dentários e próteses para crianças, deficientes, estudantes, mulheres grávidas e outros grupos. Desde 2002, o governo decidiu cobrar taxas aos usuários para atendimento odontológico em clínicas estatais, para diagnóstico e exames. (Bindi et al., 2012)

Na Síria, país árabe com 17 milhões de habitantes (IBGE, 2016), os cuidados de saúde bucal pública são entregues à população em 476 “Centros de Maternidade e Saúde Infantil”, onde trabalhavam 1.800 dentistas; e em 15 hospitais para as cirurgias. O setor público enfrentava falta de tecnologia em odontologia, a falta de uma comunidade e abordagem preventiva. Foi recomendado a utilização de auxiliares dentais no setor público para redução dos custos (Beiruti e Helderman, 2004).

Em relação ao Brasil, o sistema de saúde brasileiro em seu período inicial de formação, entre as décadas de 1920 e 1960, apresentou características que se assemelharam ao modelo bismarckiano, com a formação no Brasil da previdência social (Soares, 2007). Já a partir da Constituição de 1988 a saúde no Brasil segue uma orientação Beveridgeana, de acesso universal à saúde com financiamento público (Soares, 2007). Portanto, o Brasil tem um modelo de financiamento da saúde

considerado misto, pois mesclou as características destes dois modelos citados, além da abertura ao mercado privado de prestação de serviços de saúde. (Brasil, 2011)

Os estudos de Kornis et al. (2011) e Silva et al. (2011) relatam que no âmbito da saúde bucal do Brasil, até fins da década de 1990 não existiam no país linhas de financiamento público de origem federal. Foi a partir do final do ano 2000 que o governo passou a financiar com parte dos recursos a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB), dentro da atenção básica, para atuarem nos municípios, o que trouxe um aumento no volume de recursos financeiros.

Kornis et al. (2011), relatam que em 2004 teve início o repasse de recursos para a saúde bucal na média complexidade, através da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e para a remuneração de próteses dentárias dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). Em 2011, cada CEO recebia recursos para a implantação que variavam de R\$ 40.000,00 a R\$ 80.000,00 em parcela única e recursos para o custeio que variavam de R\$ 6.600,00 a R\$ 15.400,00 por mês de acordo com o tipo de CEO. Em relação aos LRPDs, o financiamento público se dá através do pagamento das próteses dentárias.

Praticamente todos os países estão questionando seus modelos de proteção social por causa do custo do financiamento da saúde. No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a questão do financiamento da saúde, não sai de pauta: o país ampliou a rede de proteção, mas o setor público continua investindo 3,6% do PIB, em média, ou seja, os gastos públicos representam apenas 44% do gasto total em saúde. A comparação com outros países mostra que o investimento público em saúde do Brasil deveria ser de, no mínimo, 6% para equiparar-se aos padrões mundiais. A maioria dos países adota o modelo universal com adaptações próprias. No Canadá, a universalidade é adotada para a maior parte dos serviços. Há uma ampla carteira de procedimentos considerados necessários cujo atendimento é por conta do sistema privado. Na Suécia, há limites para gastos individuais com médicos e consultas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimava em US\$ 3 trilhões o valor gasto em Saúde, no ano 2000, por todos os países, o que corresponde a 8% da produção mundial de riqueza. Nos países desenvolvidos, há um crescente aumento de gastos com Saúde. Em 1965, os Estados Unidos gastavam 5,9% do seu PIB em Saúde. Em 2003, atingiram 15,2% (Brasil, 2013).

CONCLUSÃO

De um modo geral, todos os países, independente do modelo adotado, estão enfrentando problema de sustentabilidade financeira e vêm discutindo reformas em seus sistemas de saúde.

O financiamento dos serviços de saúde bucal em muitos países ainda representa uma pequena parcela dos gastos totais em saúde, e possuem predomínio do financiamento privado, porém, há avanços no financiamento público, ao serem incluídos nos programas gerais de saúde, ações e serviços de saúde bucal e seus respectivos recursos públicos.

REFERÊNCIAS

Albertini, TF, Hillsman, JT, Crawford, BL. Federal financing of dental services. *J Dent Educ.* 1984 [acesso 2016 Dez 12];48(11):606–16. Disponível em:

<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-6436347>

Anderson, R, Treasure, ET, Whitehouse, NH. Oral health systems in Europe. Part I: Finance and entitlement to care. *Community Dent Health.* 1998 [acesso 2016 Dez 12];15(3):145–9. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-10645683>

Bailit, HL, Beazoglou, T. Financing dental care: trends in public and private expenditures for dental services. *Dent Clin North Am.* 2008;52(2):281–95, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2007.11.004>

Bauman, GH. The financing and delivery of dental care: a nationwide survey of dentists. *Journal of the American Dental Association.* 1996 [acesso 2016 Dez 12];127(7):1108–13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8754470>

Beirut, N, Helderman, WHV. Oral health in Syria. *International Dental Journal.* 2004 [acesso 2016 Dez 12];54(6):383–8. Disponível em:

http://www.who.int/oral_health/publications/orh_idj54_10_beirut.pdf

Benedetti, G, Stauf, N, Strohmenger, L, Campus, G, Benzion, H. Political priority of oral health in Italy: an analysis of reasons for national neglect. *International Dental Journal.* 2015;65(2):89–95. doi: 10.1111/idj.12144

Bindi, M, Dalessandri, D, Casula, I, Denga, A, Paganelli, C, Dianiskova, S. Systems for the provision of oral health care in the black sea countries. Part 12: Ukraine. *Oral Health and Dental Management.* 2012 [acesso 2016 Dez 12];11(4):149–51.

Disponível em: <http://www.oralhealth.ro/volumes/2012/volume-4/Paper355.pdf>

Birch, S, Anderson, R. Financing and delivering oral health care: what can we learn from other countries? *J Can Dent Assoc.* 2005 [acesso 2016 Dez 12];71(4):243,

243a–243d. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15871771>

Bogdani, M. (2003). Oral health care and preventive strategies in Albania - a country in transition. *International Dental Journal*. 2003 [acesso 2016 Dez 12];53(3):165–71. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12873114>

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da saúde. Coleção para entender a gestão do SUS 2011 - Volume 2. Brasília: CONASS; 2011 [acesso 2016 Nov 22]. 124 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sanitaria3.pdf#page=59.

Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde (Série Ecos – Economia da saúde para a gestão do SUS; Eixo 1, v.1). Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. 2013.

Carrillo Roa, A. Situação e financiamento da saúde nos países-membros do fórum IBAS. *Argumentum*. 2015;7(2):143–60. doi: 10.18315/argumentum.v7i2.8477.

Charalambous, C, Theodorou, M. (2013). Systems for the provision of oral health care in the black sea countries part 13: Cyprus. *Oral Health and Dental Management*. 2013 [acesso 2016 Dez 12];12(1):3–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23474575>

Crall, JJ. Children’s oral health services: organization and financing considerations. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*. 2002 [acesso 2016 Dez 12];2(2 Suppl):148–53.

Downer, MC, Drugan, CS, Blinkhorn, AS. Salaried services in the delivery of dental care in Western industrialised countries: implications for the National Health Service in England. *International Dental Journal*. 2006;56(1):7–16.

Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:377-84.

Giovanella, L, Stegmuller, K. (2014). Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(11):1–19. doi: 10.1590/0102-311X00021314

Gomes, AFC. Financiamento na saúde em países da OCDE: evolução e tendências. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2014 [acesso 2016 Dez 17]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/27514>

Harford, J, Spencer, AJ. Government subsidies for dental care in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2004 [acesso 2016 Dez 12];28(4):363–368. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-15704702>

Heloe, L. A. Welfare policy and planning of oral health services. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1988 [acesso 2016 Dez 12];16(2):65–7. doi: 10.1111/j.1600-0528.1988.tb01844.x/epdf

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Países. 2016. [acesso 2016 Dez 2]. Disponível em: <http://pais.es.ibge.gov.br/#/pt>

Jadidfard, MP, Yazdani, S, Khoshnevisan, MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health and Dental Management*. 2012;11(4):189–98.

Kawaguchi, Y, Wright, C, Lewis, J. Responding to health changes: a case study of dental health conditions and systems in Japan and Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 1998;22(4):476–480. doi: 10.1111/j.1467-842X.1998.tb01417.x

Kornis, GEM, Maia, LS, Fortuna, RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011;21(1):197–215. doi: 10.1590/S0103-73312011000100012

Kossioni, AE. Is Europe prepared to meet the oral health needs of older people? *Gerodontology*. 2012;29(2):1230-40. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00445.x

Moeller, JF, Chen, H, Manski, RJ. (2010). Investing in preventive dental care for the Medicare population: a preliminary analysis. *American Journal of Public Health*. 2010;100(11):2262–69. doi: 10.2105/AJPH.2009.184747

Nóbrega, CBC, Hoffmann, RHS, Pereira, AC, Meneghim, MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010 [acesso 2016 Dez 12];15(Supl. 1):1763–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700088

Pucca Junior, GA, Lucena, EHG de, Cawahisa, PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*. 2010 [acesso 2016 Dez 12];24 Suppl 1:26–32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100012

Roubach, MWN. Oral health systems in Europe. Dissertation - Master in Advanced Studies in Health Economics and Management. Suisse: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). 2010. [acesso 2016 Out 15] 28p. Disponível em: <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/85134.pdf>

Silva, SF da, Martelli, PJ de L, Sá, DA de, Cabral, AP de, Pimentel, FC, Monteiro, I da S, Macedo, CLSV. Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Ciência Saúde Coletiva*. 2011 [acesso 2016 Dez 12]; 211–20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100024&lang=pt

Soares, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cad. Saúde Pública*. 2007 [acesso 2016 Dez 12];23(7):1565–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700007

Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al, for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology. A Proposal for Reporting. JAMA. 2000;283(15):2008-12.

QUADRO 1. Artigos selecionados para o estudo – Financiamento da saúde bucal

REF.	AUTOR/ANO	REGIÃO / PAÍS	FINANCIAMENTO NA SAÚDE BUCAL	PROGRAMA RELACIONADO
1	Albertini et al., 1984	EUA	Em 1982, os gastos com dentistas foram US\$ 19,5 bilhões, dos quais mais de US\$ 18 bilhões vieram de fontes privadas. Esses gastos são 10% de todas as despesas privadas de saúde, mas menos de 1% das despesas públicas. Apresentam uma tabela com beneficiários dentais de 1972 a 1982	Descrevem pelo menos 11 programas de saúde federal com saúde bucal implantados nos EUA de 1935 até 1983. Programas: Maternal and Child Health; Migrant Health Centers; Job Corps; Project Head Start; EPSDT; Model Cities.
2	Anderson et al., 1998	Áustria, Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Itália, Islândia, Irlanda, Luxemburgo, Noruega, Países Baixos, Portugal, Suécia, Suíça, e Reino Unido	O artigo descreve e compara os sistemas de saúde bucal da Europa, em 18 países selecionados e com base em 1996. Não citam valores. Agrupam os países por semelhança de modelo de financiamento.	Não citam programas nominalmente.
3	Bailit e Beazoglou, 2008	EUA	Em 2005 foram gastos em odontologia US\$ 86,6 bilhões, sendo: US\$ 81,4 bilhões por fontes privadas (US\$ 43,1 bilhões em seguros e US\$ 38,3 bilhões em bolso) e US\$ 5,2 bilhões (6%) de fundos públicos (Medicaid e Medicare). A Saúde custa 20% da riqueza nacional e há um crescente número de cidadãos sem seguro.	Medicaid (atende 30 milhões de americanos de baixa renda); Medicare (atende idosos);
4	Bauman, 1996	EUA	O artigo traz resultado de entrevistas em 1996 com 560 dentistas americanos, amostra de todo o país, sobre o sistema de saúde bucal, seu financiamento e tópicos afins.	Não citam programas nominalmente.
5	Beirut e Helderman, 2004	Síria	O artigo trata da saúde bucal na Síria, país árabe com 17 milhões de habitantes, com dados de 1985 a 2002. A dotação para a saúde e saúde oral, foi de 3% do orçamento geral. Os autores apresentam em resumo programas de saúde bucal implantados no país.	Em 1990 lançam o Plano Nacional de Saúde Bucal, com estratégias preventivas e curativas para as mães e seus filhos; Serviço de saúde bucal na escola com programas preventivos e curativos

REF.	AUTOR/ANO	REGIÃO / PAÍS	FINANCIAMENTO NA SAÚDE BUCAL	PROGRAMA RELACIONADO
6	Benedetti et al., 2015	Itália	Este estudo investigou o poder político e o estado da saúde bucal na Itália, onde o acesso universal, descentralizado, financiado pela tributação geral e progressiva. Quase 90% dos cuidados orais está sob o regime privado. Não foram informados valores	Italian Oral Health Services (OHS)
7	Bindi et al., 2012	Ucrânia	Na Ucrânia, que possui 45 milhões de habitantes, a saúde é financiada por impostos gerais. O setor privado é bem pequeno. Em 2011 o país possuía 21.313 dentistas. A despesa de saúde na Ucrânia chegou a 7,7% do PIB.	Não citam programas nominalmente.
8	Birch e Anderson, 2005	Canadá e comparações com alguns países de fala inglesa: Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos	A Lei de Saúde do Canadá define a cobertura universal, porém a odontologia não entra; cada província determina o financiamento público para cuidados dentários e os critérios de acessos, limitado a alguns grupos. Os cuidados dentários são deixados pelo setor privado. Os sistemas dos outros quatro países são comparados.	Não citam programas nominalmente.
9	Bogdani, 2003	Albânia	A Albânia possui o Serviço Público Odontológico, com 30% dos dentistas, oferecendo serviço gratuito até 18 anos de idade. E também possui o serviço privado - pagamento direto, onde não há sistemas de seguros privados ou pagamentos do Governo.	Não citam programas nominalmente.
10	Charalambous e Theodorou, 2013	Chipre	O financiamento da saúde bucal usa dois sistemas: O público, centralizado e financiado pelo Estado com despesa em 2010 de 6% do PIB (governo 41,5% e fundos privados 58,5%). Apenas 83% da população utiliza o sistema público. Já o sistema privado é financiado por pagamentos diretos "do bolso" dos pacientes.	Não citam programas. A cobertura de cuidados de saúde bucais para a população é fornecida através dos Serviços Odontológicos Públicos, que dirigem clínicas em hospitais públicos, bem como em centros de saúde urbanos e rurais.

REF.	AUTOR/ANO	REGIÃO / PAÍS	FINANCIAMENTO NA SAÚDE BUCAL	PROGRAMA RELACIONADO
11	Crall, 2002	EUA	Em 2000 foram gastos US\$ 60 bilhões em serviços odontológicos, porém milhões de crianças não possuem acesso. O financiamento utiliza fundos públicos ou privados para pagar benefícios. Metade da população tem cobertura (100 milhões através do emprego). 5% de serviços odontológicos são financiados com gastos públicos.	Medicaid; e Programas de Seguro de Saúde da Criança (Child Health Insurance Programs - CHIP)
12	Downer et al., 2006	Inglaterra, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia e Irlanda. OUTRAS REGIÕES: Austrália, Canadá e Nova Zelândia	O artigo fornece uma visão geral dos tipos de serviços odontológicos que operam nos 21 principais países da Europa Ocidental. São apresentados os serviços e o financiamento da saúde bucal desses países, porém sem dados financeiros.	Não citam programas nominalmente.
13	Harford e Spencer, 2004	Austrália	O artigo analisa a questão dos subsídios do governo federal da Austrália para a saúde oral, que foram transferidos dos serviços odontológicos públicos para o seguro de saúde dental privado, o que resultou em alterações, discutidas no artigo.	Sistema Privado de Incentivos ao Seguro de Saúde (Private Health Insurance Incentives Scheme - PHIIS)
14	Heloe, 1988	Países escandinavos - Dinamarca, Suécia e a Noruega	Relata como os países escandinavos, como estados de bem-estar que pregam a universalidade da cobertura da população, abrangência dos riscos cobertos, adequação dos benefícios e direito dos cidadãos à saúde e aos serviços sociais, tratam suas políticas de saúde.	Não citam programas nominalmente.
15	Jadidfard et al., 2012	Irã	O Irã possui cerca de 90% da população cobertos por seguro de saúde ao qual os empregados, os empregadores e o governo contribuem. Em 2009, 5,5% do PIB foi gasto em saúde, dos quais 39% vieram de recursos públicos. Atualmente, o Irã tem cerca de 25.000 dentistas ativos e especialistas odontológicos.	Fundo de Seguro de Serviços Médicos (Medical Services Insurance Fund - MSIF); Organização da Segurança Social (Social Security Organisation - SSO)

REF.	AUTOR/ANO	REGIÃO / PAÍS	FINANCIAMENTO NA SAÚDE BUCAL	PROGRAMA RELACIONADO
16	Kawaguchi et al., 1998	Japão e Austrália	Compara os sistemas de saúde dentária do Japão e Austrália. Em 1991 a Austrália gastou US\$ 1,5 bilhões em odontologia, 5,1% do total das despesas de saúde. Apenas US\$ 95 milhões (6,3%) foram financiados pelo setor público. Em 1990 o Japão gastou US\$ 23,946 bilhões em odontologia. Esta despesa foi de 9,9% do total das despesas de saúde.	Não citam programas nominalmente.
17	Kornis et al., 2011	Brasil	O Brasil Sorridente recebeu até 2005 mais de R\$ 1,2 bilhão e para o período entre 2007 e 2010, o total deverá ser de R\$ 2,7 bilhões. É analisado a Política Nacional de Saúde Bucal, as Equipes de Saúde Bucal, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.	SUS; Estratégia Saúde da Família; Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPDs)
18	Kossioni, 2012	EUROPA - Diversos países	O artigo discute a necessidade de preparação dos sistemas sociais e de saúde na Europa para gerir as necessidades crescentes de cuidados de saúde gerais e orais dos idosos. Apesar do aumento do financiamento para a saúde, o financiamento público para cuidados dentários reduziu, limitando o acesso para os idosos.	Não citam programas nominalmente.
19	Moeller et al., 2010	EUA	Neste estudo foi estimado o uso de serviços de cuidados dentários preventivos pela população do Medicare dos EUA, e avaliado se o dinheiro gasto em cuidados dentários preventivos resultou em menos dinheiro sendo gasto em procedimentos não-preventivos e mais caros.	Medicare e Medicaid

REF.	AUTOR/ANO	REGIÃO / PAÍS	FINANCIAMENTO NA SAÚDE BUCAL	PROGRAMA RELACIONADO
20	Nobrega et al., 2010	Brasil	O trabalho resgate o financiamento da saúde no Brasil, através do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da década de 1990 e apresenta dados e informações do financiamento da saúde bucal dentro do SUS, no período de 1998 a 2005	SUS; Programa “Brasil Sorridente”
21	Pucca Junior et al., 2010	Brasil	O investimento na Política Nacional de Saúde Bucal cresceu 944,2% de 2002 a 2009, que passou de US\$ 30.899.396 para US\$ 322.648.905 por ano. Discute-se o modelo de atenção à saúde bucal do SUS do Brasil, em 2010. Apresenta os Centros de Especialidades Odontológicas e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.	SUS; Estratégia Saúde da Família
22	Silva et al., 2011	Brasil	Apresenta a evolução da saúde bucal, de 2002 a 2005 em Pernambuco, Brasil. Observaram-se os aspectos quanto à expansão das equipes, ao percentual de cobertura e à elevação dos procedimentos odontológicos nos 185 municípios do estado. Quanto ao financiamento das equipes, a evolução do incentivo repassado à saúde bucal foi de 389,50%.	SUS; Estratégia Saúde da Família

2.2. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL, COM RECURSOS DO GOVERNO FEDERAL NO PERÍODO DE 1998 A 2016.

Décio Henrique Franco; Valéria Silva Cândido Brizon; Antonio Carlos Pereira; e Marcelo de Castro Meneghim

RESUMO

O artigo tem como objetivo descrever o financiamento federal destinado à saúde bucal entre os anos de 1998 a 2016, por programas dentro dos blocos de financiamento definidos pelo Ministério da Saúde. As Equipes de Saúde Bucal (ESB), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) são apresentados além de outros programas da saúde bucal. Os repasses financeiros do governo federal específicos para a saúde bucal tiveram um crescimento real no período de 2001 a 2012, saindo de 0,20%, até alcançar em 2012 o percentual de 1,78% do valor total repassado pelo governo federal para a saúde. No período de 2013 a 2015 os valores reais repassados para a saúde bucal apresentaram uma estabilização e em 2016 houve uma queda nos recursos, sendo repassado para a saúde bucal o valor de R\$ 1.098.790.009,55, que em valores ajustados corresponde próximo ao que foi recebido em 2009. Portanto, em média, os repasses do governo federal para a saúde bucal representam, neste período de estudo, 1,40% dos valores totais repassados. Além disso, o percentual destinado aos programas de saúde bucal, dentro dos respectivos Blocos de Financiamento foram reduzidos nos últimos anos, ou seja, a saúde bucal perdeu espaço para outras ações e programas de saúde.

Palavras chave: Financiamento da Saúde; Saúde Bucal; Brasil, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The article aims to describe the federal funding for oral health between 1998 and 2016, by programs within the funding blocks defined by the Ministry of Health. Dental Health Teams (ESBs), Dental Specialties Centers (CEOs) and Regional Dental Prosthesis Laboratories (LRPD) are presented in addition to other oral health programs. The federal government's specific cash transfers for oral health experienced real growth in the period from 2001 to 2012, dropping from 0.20%, until reaching in 2012 the percentage of 1.78% of the total amount passed on by the federal government for health. In the period from 2013 to 2015 the actual values passed on to oral health showed a stabilization and in 2016 there was a decrease in resources, being transferred to oral health the value of R \$ 1,098,790,009.55, which in adjusted values corresponds to the amount received in 2009. Therefore, on average, federal government oral health transfers represent 1.40% of the total amount spent in this study period. In addition, the percentage allocated to oral health programs within the respective Funding Blocks has been reduced in recent years, that is, oral health has lost space for other actions and health programs.

Key words: Healthcare financing; Oral Health; Brazil, Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, realizada em 1978, iniciou-se um processo de repensar as práticas de saúde que levou muitos países a promoverem reformas (Rosa e Coelho, 2011). Uma questão que acompanha esse assunto é como a saúde é financiada, ou seja, como os recursos são mobilizados para as atividades de saúde. Na maioria dos países o financiamento é compartilhado entre fontes públicas e privadas, sendo o público realizado através de impostos e contribuições sociais e o privado mediante desembolsos diretos das pessoas ou por meio de planos e seguros privados de saúde (Carrillo Roa, 2015).

No Brasil os serviços de saúde dos Estados e Municípios são financiados pelo governo com recursos próprios e das contribuições sociais sobre o pagamento, o faturamento e o lucro; e por parte dos recursos das loterias (Moimaz et al., 2008).

No início do século XX a saúde no Brasil viabilizava-se pela filantropia e alguma subvenção pública, evoluindo para um sistema de previdência social, até chegar em 1988 com a Constituição Federal, que no seu artigo 196 garante que a saúde é direito de todos e dever do Estado e no artigo 198 (regulamentado pela Lei nº 141/2012), foi definido que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede e um Sistema Único de Saúde (SUS) a ser financiado pela União, Estados e Municípios (Brasil, 1988; Gravronski, et al., 2008; e Lorena Sobrinho e Espírito Santo, 2013).

Os recursos do SUS são administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) e fiscalizados pelo Conselho Nacional de Saúde, composto de representantes de vários segmentos. O Ministério da Saúde (MS), gestor do FNS, acompanha a aplicação dos recursos aos Estados e Municípios. Estes, por sua vez, são obrigados a constituir os seus respectivos fundos e conselhos de saúde, elaborar planos de ação, relatórios de gestão e garantir a contrapartida de recursos (Costa, 2002).

Hoje o SUS tem uma clientela potencial de 200 milhões de pessoas e 70% dos brasileiros dependem deste sistema como único meio de acesso a saúde. Embora caiba ao setor privado atuar de forma complementar, o país apresenta grande proporção de gasto privado, que inclui o pagamento do próprio bolso realizado pelas pessoas. Porém, o país tem um sistema público de saúde de acesso universal, o que levanta o desafio de financiar o sistema, já que o SUS responde por apenas 44% do gasto total em saúde (Brasil, Ministério da Saúde, 2013).

O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão a partir da segunda metade do século XX. Nos anos 1950, os gastos nacionais com saúde não excediam a 1% do Produto Interno Bruto (PIB), destinado a programas como os de controle de doenças transmissíveis. Esses gastos totais com saúde saltaram em 1980 para 4,5% do PIB, em 2000 para 8,4% e em 2012 para 9,3% do PIB (sendo 5% com gastos privados e 4,3% do PIB com gastos públicos) (Brasil, 2011 e WHO, 2016).

Os demais países com um sistema público e universal possuíam em 2008 um gasto público médio em saúde de 6,7% do PIB (Marques e Mendes, 2012). No Reino Unido, Canadá e França o gasto público ficou com a média de 8,3% do PIB, quase o dobro em percentual do gasto público realizado pelo Brasil. (Mendes e Weiller, 2015)

Dentre as discussões sobre a implementação do SUS, o financiamento tem se tornado uma preocupação permanente de gestores e de outros setores da sociedade. Garantir o atendimento universal e integral da saúde e alocar recursos de maneira equânime diante das desigualdades sociais de um país como o Brasil, sem a garantia de recursos, o modelo não se sustenta (Rocha et al., 2013; Soares e Santos, 2014).

Quando detalhado apenas o gasto público pode-se constatar que a saúde no Brasil sempre foi largamente financiada por recursos federais. O governo federal, portanto, além de formular boa parte das políticas de saúde, no período 1980-1990 teve sua participação em 77,7% do gasto público, enquanto os municípios participavam com 9,5%. Nos anos seguintes, em função da implementação do SUS e do crescente comprometimento dos municípios, a presença relativa do governo federal foi menor, embora seja ainda a mais importante fonte de recursos. No ano 2000 os recursos federais financiaram 58,3% do gasto público em saúde e para comparação, os Estados contribuíram com 17,5% e os municípios com 24,3%. (Marques e Mendes, 2003; Castro e Machado, 2010; e Mendes e Marques, 2014)

Quando a análise se dá nas três esferas, observa-se que essa participação aumentou de 2,89% do PIB em 2000 para 3,91% do PIB em 2011. Do gasto público de 2011, por exemplo, o gasto federal foi de 1,75% do PIB, o gasto estadual foi 1% e o municipal a 1,16% do PIB. (Piola et al., 2013; e Mendes e Weiller, 2015)

Desde a década de 1990 os municípios vêm assumindo responsabilidades de gestão do SUS em um processo de descentralização crescente (Rosa e Coelho, 2011). Esse 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 (Lorena Sobrinho e Espirito Santo, 2013).

As principais fontes de recurso dos municípios para o financiamento da saúde são oriundas das receitas próprias, formada pelos impostos arrecadados e pelas transferências constitucionais e legais (Viana, 2008), e desde 1995 as transferências de recursos passaram a ser “fundo a fundo”, trazendo mais autonomia para esses municípios (Vazquez, 2011; Lorena Sobrinho e Espírito Santo, 2013).

Em relação à saúde bucal, segundo Nóbrega et al. (2010), até a década de 1950 o modelo de assistência odontológica dominante no Brasil era a odontologia de mercado praticada de forma liberal na clínica e centrada no doente, baseada no paradigma flexineriano*.

A partir de 1950 tem-se o início da estruturação de atividades odontológicas com base nos programas de fluoretação das águas de uso público e assistência a escolares através do sistema incremental, o qual tinha como vertente ideológica a odontologia social. A expressão “saúde bucal coletiva” surgiu na década de 1980 com ênfase no paradigma da promoção da saúde (Nóbrega et al., 2010).

Até o ano 2000, não existiam linhas específicas de financiamento de origem federal voltadas para a saúde bucal, que disputava parte dos recursos destinados à atenção básica e segundo os critérios dos gestores locais (Kornis et al., 2011).

Uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, demonstrou que, até então, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham ido ao dentista. Neste contexto e em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção, garantindo também ações na área curativa, o Ministério da Saúde propôs como estratégia, a inclusão de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família, o que trouxe recursos para a saúde bucal (Nobrega et al., 2010).

O governo federal lançou em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), denominado Programa Brasil Sorridente, que busca garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população, através de uma série de ações para ampliação do acesso gratuito a odontologia, por meio do SUS, e que tem como linhas de ação a reorganização da Atenção Básica com as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família; e a ampliação da Atenção Especializada, em especial com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) (Portal da Saúde, 2016).

* Refere-se ao Relatório Flexner, de 1910, considerado o responsável pela mais importante reforma das escolas médicas dos EUA, com implicações para a medicina mundial. Seu autor foi Abraham Flexner (1866-1959)

A partir do Brasil Sorridente houve um aumento dos repasses de recursos financeiros da União aos municípios para o financiamento da saúde bucal, porém, segundo Lorena Sobrinho e Espirito Santo (2013), o município continua a ser o principal responsável pelo custeio das ações e serviços de saúde bucal.

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi descrever o financiamento público federal da saúde bucal no Brasil, entre os anos de 1998 a 2016.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que extraiu dados do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e Ministério da Saúde (MS), disponíveis na internet e colhidos em sítios de interesse, como o Portal da Transparência do Governo Federal do Brasil, Portal da Transparência de Aplicação em Saúde, Portal da Saúde SUS, Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde – SAGE, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS/DATASUS.

Foram realizadas busca de artigos e outras publicações, sobre financiamento público da saúde bucal no Brasil. Também foram pesquisadas e agrupadas leis, decretos, normas e portarias do Ministério da Saúde, sobre a legislação do SUS, da saúde bucal, financiamento e programas ligados a saúde bucal no Brasil, disponíveis nos sítios do Ministério da Saúde ou no Diário Oficial da União.

Os dados relativos ao gasto federal com saúde foram apresentados por meio da construção de uma série histórica, relativa aos anos de 1998 a 2016 e organizados em cinco períodos: 1999-2002, 2003-2006, 2007-2010, 2011-2014 e 2015-2016. Esses períodos correspondem aos mandatos do segundo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC), dos dois períodos do governo Luís Inácio Lula da Silva (Lula) e aos dois mandatos de gestão da presidente Dilma Rousseff (Dilma), sendo o atual, incompleto, considerado apenas os dois anos iniciais.

Para a correção e atualização dos dados e valores nominais, foi utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizado para dezembro de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Legislação sobre os repasses do governo federal para o SUS

Além da Constituição Federal de 1988 que define o sistema de saúde do país, há ainda um conjunto de leis e normas que tratam da questão do financiamento da saúde. Da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) que definiu a organização do SUS, passaram-se 10 anos para que fosse promulgada a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000 que determinava percentuais mínimos para serem aplicados no financiamento e outros 12 anos se passaram para que essa EC fosse regulamentada, através da Lei nº 141/2012 e Decreto 7.827/2012, conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Legislação principal referente a saúde pública no Brasil, publicadas após a Constituição Federal de 1988

Legislação	Título / Assunto	Observações
Lei nº 8.080/1990	Lei Orgânica da Saúde	Dispõe sobre o SUS, sua organização e o funcionamento dos serviços de saúde
Lei nº 8.142/1990	Complementa a Lei 8.080/1990	Participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências de recursos financeiros
Lei nº 8.212/1991	Lei Orgânica da Seguridade Social	*
Lei nº 8.213/1991	Benefícios da Previdência Social	*
Lei nº 8.742/1993	Lei Orgânica da Assistência Social	*
Decreto nº 1.232/1994	Normas de repasses do Fundo Nacional de Saúde	Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais e municipais.
E. C. nº 29/2000	Altera artigos da Constituição Federal	Para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde
Decreto nº 7.508/2011	Regulamenta a Lei 8.080/1990	Trata de questões financeiras das três esferas de gestão do SUS, inserindo os municípios num contexto regionalizado - redes de atenção à saúde;
L. C. nº 141/2012	Regulamenta a EC 29/2000	Define o que pode ser gasto em saúde e a vinculação de percentual mínimo de impostos nas esferas municipais e estaduais para a saúde
Decreto nº 7.827/2012	Regulamenta a Lei 141/2012	Dispõe sobre os procedimentos de suspensão e retorno das transferências da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços de saúde

Nota: E.C. - Emenda Constitucional; L.C. - Lei Complementar

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, Ministério da Saúde, 2013; Villani e Bezerra, 2013; e legislação: Leis nº 8.080/1990; 8.142/1990; 8.212/1991; 8.213/1991; 8.742/1993; EC nº 29/2000; Lei Complementar nº 141/2012; e Decretos nº 1.232/1994; 7.508/2011; e 7.827/2012

O Quadro 2 apresenta as principais normas, critérios e modalidades de repasses e os tipos de recursos, e o destaque é o Pacto pela Saúde, que segundo Nobrega et al. (2010), é um conjunto de reformas (Portaria GM nº 399 de 2006) com o objetivo de promover inovações na gestão do SUS. As formas de transferência dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser integradas inicialmente em cinco blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), e depois, com a Portaria GM nº 837 de 2009 foi criado o sexto bloco, denominado Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Estes seis grandes blocos vieram a substituir as mais de cem “caixinhas” que eram utilizadas para essa finalidade.

Quadro 2 – Evolução das normas de gestão do SUS

Norma	Crítérios de Repasse	Modalidade de Repasse	Tipos de Recursos
NOB/91	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convencional	Pagamento da produção de serviços aos prestadores
NOB/92	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convencional	
NOB 01/93	Condições de gestão: incipiente, parcial e simplena	Transferência regular e automática	Baseados na série histórica dos gastos no estado e/ou município
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela PPI* (Assistência; Vigilância Sanitária; Epidemiologia e Controle de Doenças)
	Gestão Plena do Sistema de Saúde		
NOAS/02	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA)	Transferência regular e automática	Idêntico ao anterior
	Gestão Plena do Sistema Municipal		
	Gestão Avançada do Sistema Estadual		
Pacto da Saúde/06 (Portaria n. 399/06) Regulamentada pela: (Portaria n. 204/07)	Termos de Compromisso de Gestão	Transferência regular e automática	Blocos de financiamento
			I. Atenção Básica
			II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
			III. Vigilância em Saúde
			IV. Assistência Farmacêutica
			V. Gestão do SUS
VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde			
Decreto nº 7.508/11	Contrato Organizativo da Ação Pública	Transferência regular e automática	Permanece a anterior

Nota: * PPI – Programação Pactuada e Integrada, faz parte do Planejamento do SUS.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, Ministério da Saúde, 2013.

As principais ações e programas da saúde bucal, financiadas pelo Governo Federal, estão inseridas nos dois primeiros blocos de financiamento, o da Atenção Básica e o bloco da Média e Alta Complexidade (MAC).

Bloco de financiamento da Atenção Básica

A Atenção Básica à Saúde constitui o primeiro nível de atenção. Engloba ações de caráter individual ou coletivo, que envolve a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, e a reabilitação dos pacientes, buscando a reorganização da gestão municipal, sendo o financiamento obrigação das três esferas de governo (Solla et al., 2007; e Gravrnski, et al., 2008).

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1996, repassou aos municípios uma parte fixa de recursos, com base na população, transferidos para os municípios. Na época o repasse era de R\$ 10,00 por habitante. Em 1998 surge o PAB variável, que estabeleceu incentivos para novos programas de saúde (Solla et al., 2007; Gravrnski, et al., 2008; Moimaz et al., 2008; e Kornis et al., 2011).

Segundo Castro e Machado (2010), dois programas de saúde da atenção básica foram enfatizados como prioritários para os municípios: As Equipes de Saúde da Família (ESF) e o programa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Dentro da ESF estão as Equipes de Saúde Bucal (ESB).

Atenção Básica – Equipe de Saúde Bucal (ESB)

O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.444/2000, que estabeleceu os incentivos para a inserção de novas equipes e também para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESBs), que trabalham com ações de promoção de saúde; prevenção de câncer bucal; resolução da urgência; inclusão de procedimentos mais complexos e de reabilitação protética, em três modalidades possíveis listadas no Quadro 3. (Brasil, 2004; e Portal da Saúde, 2016)

Cada ESB recebe o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (Brasil, Portaria 650, 2006), e recursos para o custeio mensal nos valores de R\$ 2.230,00 na modalidade I; e R\$ 2.980,00 na modalidade II. (Brasil, Portaria 978, 2012). Para um financiamento mais equitativo, são destinados 50% a mais de recursos de custeio das ESBs para municípios com carências graves e com residentes em assentamentos ou quilombos (Brasil, Portaria 822, 2006; e Brasil, Portaria 90, 2008), e para municípios com menos de 30.000 habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)

menor a 0,7 (Brasil, Portaria 1.434, 2004). E ainda para as ESBs implantadas a partir de 2009 são doados equipamentos odontológicos (Brasil, Portaria 2.372, 2009).

Quadro 3 – Modalidades de Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Modalidade I	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião-Dentista • Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal
Modalidade II	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgião-Dentista • Auxiliar em Saúde Bucal ou Técnico em Saúde Bucal • Técnico em Saúde Bucal
Modalidade III	<ul style="list-style-type: none"> • Unidade Odontológica Móvel (UOM)

Nota: A Modalidade III (UOM) só veio a ser estabelecida posteriormente, com a Portaria nº 2.371/2009.

Fonte: Elaboração própria a partir de Portal da Saúde, 2016.

Na Tabela 1 são agrupadas as informações sobre o número de equipes de saúde bucal, municípios atendidos, cobertura populacional, valores transferidos nominais e valores ajustados, por ano, no período de 2002 a 2016.

Tabela 1 – Equipes de Saúde Bucal (ESB), municípios, cobertura e transferências de 2002 a 2016, em valores nominais e valores reais ajustados pelo IPCA/IBGE de dezembro de 2016

ANO	Número de ESB *	Número de municípios atendidos *	Cobertura Populacional *	Valores transferidos fundo a fundo (R\$ nominais) **	Valores reais - ajustados pelo IPCA de dez/16 (R\$)
2002	4.261	2.302	26.170.330	56.885.788,00	159.695.013,02
2003	6.170	2.787	35.794.945	92.170.447,00	233.069.823,08
2004	8.951	3.184	47.099.677	197.583.550,00	465.904.334,48
2005	12.602	3.896	62.167.279	289.374.400,00	642.413.945,99
2006	15.086	4.285	73.399.925	370.642.800,00	798.720.430,53
2007	15.694	4.294	76.335.022	407.466.100,00	842.779.777,91
2008	17.801	4.596	74.226.594	465.559.650,00	905.117.346,61
2009	18.982	4.717	90.073.201	554.952.700,00	1.035.239.255,68
2010	20.424	4.830	65.127.310	597.217.800,00	1.054.648.908,55
2011	21.425	4.883	68.123.083	651.134.100,00	1.078.256.061,27
2012	22.203	4.901	70.655.082	722.333.880,00	1.133.435.674,44
2013	23.150	4.971	73.524.665	749.643.440,00	1.112.072.519,43
2014	24.279	5.014	76.302.598	783.746.689,00	1.091.134.985,43
2015	24.467	5.014	76.704.752	798.935.935,00	1.006.806.633,84
2016	24.383	4.954	76.480.852	807.393.460,00	807.393.460,00

Notas: * DAB/SAS/MS; ** FNS/MS.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, Ministério da Saúde, SAGE (2016)

O número total de ESBs cresceu 572,24% no período de 2002 a 2016, saindo de 4.261 equipes em 2.302 municípios, para 24.383 equipes em 4.954 municípios em 2016. Esses dados de 2016 representam 88,9% dos municípios brasileiros, cobrindo uma população estimada de 76.480.852 habitantes ou 37% da população. Mas quando são analisados os valores repassados para este programa, apesar do aumento nominal ao longo dos anos, quando esses valores são deflacionados pelo índice IPCA com base em dezembro de 2016, observa-se que após uma série com um aumento real de 709,75% no período de 2002 a 2012, no período de 2013 a 2016 houve uma queda nos repasses em valores reais, sendo que em 2016 foram repassados para este programa R\$ 807.393.460,00.

Para as populações de locais com maior dificuldade de acesso a saúde bucal, foi criada em 2009 a Unidade Odontológica Móvel (UOM), que são consultórios odontológicos em veículos adaptados e equipados para as ações de atenção à saúde bucal realizadas por ESB. O município contemplado com UOM recebe o incentivo financeiro para implantação no valor de R\$ 3.500,00 e recursos para o custeio no valor de R\$ 4.680,00 mensais. Até 2016 foram entregues 151 unidades no país. (Brasil, Portaria 2.371, 2009; Portal da Saúde, 2016)

No Quadro 4 estão relacionadas, em ordem cronológica de publicação, as 18 Portarias do Ministério da Saúde sobre o financiamento da saúde bucal na Atenção Básica em especial as ESBs e que apresentam além da descrição resumida de cada portaria, também os repasses financeiros para cada item na época da publicação.

Pela análise do Quadro 4, desde o ano 2000 os recursos para as ESBs foram reajustados seis vezes, passando na modalidade I de R\$ 13.000,00 para R\$ 26.760,00 anuais por equipe, e na modalidade II de R\$ 16.000,00 para R\$ 35.760,00, sendo o último reajuste ocorrido em 2012. O fato de não haver previsão de reajuste pode desencorajar os municípios a ampliarem ou manterem o número atual de equipes.

Numa simulação, com os valores atualizados com base no IPCA/IBGE, base de dezembro de 2016, os recursos financeiros destinados às equipes de saúde bucal deveriam ser, na modalidade I R\$ 41.989,92, e na modalidade II de R\$ 56.112,08.

Quadro 4 – Portarias relacionadas as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Atenção Básica e que tratam do funcionamento, financiamento e seus respectivos incentivos financeiros.

Documento	Descrição	Equipe de Saúde Bucal	
		Mod. I	Mod. II
Portaria GM/MS1444 - 28.dez.2000	Incentivo implantação, por equipe, parcela única	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
	Incentivo anual, por equipe, para custeio	R\$ 13.000,00	R\$ 16.000,00
Portaria GM/MS 267 - 06.mar.2001	Regulamenta as normas para a inclusão das ESBs	1 CD; e 1 ASB	1 CD; 1 ASB; 1 TSB
Portaria 673/GM - 03.jun.2003	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 1º reajuste	R\$ 15.600,00	R\$ 19.200,00
	Redução da proporção: 1 ESB para 1 ESF	*	*
Portaria 74/GM - 20.jan.2004	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 2º reajuste	R\$ 20.400,00	R\$ 26.400,00
	Incentivo implantação - 1º reajuste - Adicional para aquisição de equipamentos, para as novas ESBs	R\$ 6.000,00	R\$ 6.000,00
	Para as equipes já implantadas, incentivo adicional p/ compra de materiais permanentes, parcela única	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
	Incentivo p/ as ESBs na mod. II p/ atuação do THD	*	1 equipo
Portaria 648/GM - 28.mar.2006	Regulamenta a PNAB, reorganiza a atenção básica e o programa se torna: Estratégia Saúde da Família (ESF)	*	*
Portaria 650/GM - 28.mar.2006	Incentivo implantação - 2º reajuste - Adicional p/ investimento nas UBS e a realização de Curso	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00
Portaria 2489/GM - 21.out.2008	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 3º reajuste	R\$ 22.800,00	R\$ 29.400,00
	As ESBs do Anexo I da Portaria 822/2006 e da 90/2008, devem receber 50% a mais sobre as transferências	*	*
Portaria 3066/GM - 23.dez.2008	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 4º reajuste	R\$ 24.000,00	R\$ 31.200,00
Portaria 302/GM - 17.fev.2009	Texto alterado. Republicada: Fica vetada a implantação de ESB vinculadas somente a equipes de ACS.	*	*
Portaria 2372/GM - 07.out.2009	Cria o plano de fornec. de equip. odontológicos para as novas ESB. (a partir de 2009);	1 equipo	2 equipos
Portaria 122/GM - 25.jan.2011	Define diretrizes das Equipes "Consultório na Rua". É possível incluir um técnico em saúde bucal	*	*
Portaria 1599/GM - 09.jul.2011	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 5º reajuste	R\$ 25.200,00	R\$ 33.600,00
Portaria 2488/GM - 21.out.2011	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com a revisão de diretrizes para a AB, p/ ESF e o PACS	*	*
Portaria 2490/GM - 21.out.2011	Financiamento das "ESF. Ribeirinhas" e das "UBS. Fluviais." Reajuste de R\$ 50.000,00 p/ ESF Fluviais.	*	*
Portaria 978/GM - 16.mai.2012	Incentivo anual, por equipe, para custeio - 6º reajuste	R\$ 26.760,00	R\$ 35.760,00

Continua...

Continuação do Quadro 4.

Documento	Descrição	Mod. I	Mod. II
Portaria 3012/GM - 26.dez.2012	Redefine as ESBs da ESF na PNAB. Possibilidade de atuarem em Unidade Odontológica Móvel (UOM)	*	*
Portaria SAS/17 - 15.jan.2013	Inclui na Tabela do SCNES, ESB.	*	*
Portaria 843/GM - 27.abr.2016	Define os recursos para equipamentos odontológicos para alguns Municípios que implantaram ESBs.	*	*

Nota: CD (Cirurgião Dentista); ASB (Auxiliar de Saúde Bucal); TSB (Técnico de Saúde Bucal).

Fonte: Elaboração própria a partir das Portarias: 1.444 de 2000; 267 de 2001; 673 de 2003; 74 de 2004; 648 de 2006; 650 de 2006; 2.489 de 2008; 3.066 de 2008; 302 de 2009; 2.372 de 2009; 122 de 2011; 1.599 de 2011; 2.488 de 2011; 2.490 de 2011; 978 de 2012; 3.012 de 2012; 17 de 2013; e 843 de 2016.

Bloco de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC)

A média complexidade compõe-se de ações e serviços que visam atender aos problemas de saúde, cuja prática clínica demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Neste nível estão incluídas ações especializadas em odontologia. Já a alta complexidade compõe-se de um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. (Gravronski, et al., 2008)

Com o lançamento do documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004), teve início o repasse dos recursos para ações em saúde bucal de média complexidade, através da implantação e custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e para a remuneração de próteses dentárias confeccionadas nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). Em 2006 foram publicadas as portarias que definiram os critérios e requisitos para a implantação dos CEOs e LRPDs, e instituem seu financiamento. (Kornis et al., 2011)

Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)

Os CEOs são estabelecimentos de saúde que oferecem à população os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no câncer de boca; periodontia; cirurgia oral; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais, devendo ter uma produção mensal mínima. Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, conforme Quadro 5 (Brasil, Portaria 599, 2006; Brasil, Portaria 600, 2006; Brasil, Portaria 1.464, 2011).

Quadro 5 – Incentivos de implantação e de custeio para cada tipo de CEO, valores iniciais e atuais

Tipo de CEO	Nº de Equipos (Cadeiras)	Incentivo de implantação (R\$)		Incentivo mensal para custeio (R\$)	
		Inicial (2006)	Atual (2016)	Inicial (2006)	Atual (2016)
I	3	40.000,00	60.000,00	6.600,00	8.250,00
II	De 04 a 06	50.000,00	75.000,00	8.800,00	11.000,00
III	07 ou mais	80.000,00	120.000,00	15.400,00	19.250,00

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil, Portarias: 600/2006; 1.464/2011; e 1.341/2012

Em 2016 o Ministério da Saúde repassou R\$ 198.947.830,00 para 1.033 unidades CEOs em 857 (15,4%) dos municípios do Brasil. A Tabela 2 apresenta a evolução dos CEOs implantados, o número de municípios e os valores transferidos fundo a fundo no período de 2004 até junho de 2016.

Tabela 2 – Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Números de unidades, municípios e valores transferidos de 2004 a 2016

ANO	CEOs implantados *	N. Municípios Atend. CEO*	Valores nominais transferidos Fundo a fundo CEO **	Valores reais - ajustados pelo IPCA de dez/16 (R\$)
2004	100	60	4.687.200,00	11.052.472,72
2005	336	268	35.811.000,00	79.500.763,78
2006	498	411	53.159.600,00	114.556.814,81
2007	604	508	63.884.400,00	132.134.870,71
2008	674	572	71.498.800,00	139.004.323,38
2009	808	682	77.831.551,00	145.191.251,30
2010	853	721	94.346.800,00	166.610.488,91
2011	882	737	93.940.400,00	155.562.127,21
2012	944	774	116.467.250,00	182.752.242,02
2013	988	816	159.532.000,00	236.660.715,89
2014	1.030	854	170.620.600,00	237.538.618,67
2015	1.034	858	196.215.450,00	247.267.656,98
2016	1.033	857	198.947.830,00	198.947.830,00

Notas: * DAB/SAS/MS; ** FNS/MS.

Fonte: Elaboração própria a partir de SAGE (2016)

O número total de CEOs cresceu 1033% no período de 2004 a 2016, saindo de 100 unidades em 60 municípios, para 1.033 CEOs em 857 municípios em 2016. Mas quando são analisados os valores repassados para este programa, apesar do aumento nominal ao longo dos anos, quando esses valores são deflacionados pelo

índice IPCA, observa-se que após uma série com aumento real de 1507,45% no período de 2004 a 2010, houve uma queda real no ano de 2011, aumento real dos repasses no período de 2012 a 2015 e no ano de 2016 uma nova queda, quando foram repassados para este programa R\$ 198.947.830,00.

Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)

O Ministério da Saúde, desde 2005, passou a financiar serviços do LRPD, que realiza o serviço de prótese dentária total, parcial removível e/ou fixa. Qualquer município pode ter um LRPD, que pode ser próprio (público) ou ser contratado a prestação do serviço (privado). É repassado um recurso mensal para confecção de próteses, de acordo com a faixa de produção: a) Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00; b) Entre 51 e 80 próteses: R\$ 12.000,00; c) Entre 81 e 120 próteses: R\$ 18.000,00; e d) Acima de 120 próteses: R\$ 22.500,00. (Brasil, Portaria 599, 2006; Brasil, Portaria 1.825, 2012; e Portal da Saúde, 2016)

Conforme Tabela 3, apesar da redução do número de laboratórios entre os anos 2014 e 2015, que passaram para 1.770 em 2015, houve um aumento de 261,83% quando considerado 2010 a 2015.

Tabela 3 - Números de laboratórios de próteses dentárias (LRPD) e de próteses dentárias produzidas no período de 2010 a 2015

ANO	Número de laboratórios de próteses dentárias	Número de próteses dentárias
2010	676	183.152
2011	808	300.978
2012	1.351	408.107
2013	1.465	462.003
2014	1.955	600.196
2015	1.770	569.967

Notas: Dados da DAB/SAS/MS.

Fonte: Elaboração própria a partir de SAGE (2016)

Outros incentivos e programas dentro da MAC

O Ministério da Saúde passou a financiar a partir de 2011 novos procedimentos para duas especialidades: a Ortodontia (instalação de aparelho ortodôntico) e a Implantodontia (inclui o implante dentário osteointegrado e a prótese dentária sobre implante), bastando os municípios solicitarem recursos (Brasil, Portaria 718, 2010).

Outro incentivo é a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, Portaria 793, 2012) que tem como objetivo levar atendimento integral às pessoas com necessidades especiais, e na saúde bucal, se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado aos portadores de deficiência. Assim, em 2012 o Ministério da Saúde criou incentivos financeiros adicionais para os CEOs que fizeram parte desta Rede, destinando R\$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I; R\$ 2.200,00 para o CEO Tipo II; e R\$ 3.850,00 mensais para o CEO Tipo III (Brasil, Portaria 1.341, 2012)

Na Assistência Hospitalar o Ministério da Saúde permitiu, em 2005, a emissão pelo cirurgião-dentista da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com câncer aos estabelecimentos de saúde para tratar e cuidar da patologia. Outra ação foi a necessidade da atenção odontológica no credenciamento dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) (Portal da Saúde, 2016).

Para o encaminhamento de pacientes com necessidades especiais para o atendimento hospitalar sob anestesia geral, o Ministério da Saúde em 2010 incluiu o procedimento odontológico na Tabela de procedimentos e pagamentos do SUS e que trouxe repasse financeiro para que os hospitais realizem procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar (Brasil, Portaria 1.032, 2010; Portal da Saúde, 2016). Na sequência, em 2012 o Ministério da Saúde fez aquisição de 3 equipamentos odontológicos por Estado (Brasil, Portaria 793, 2012; Portal da Saúde, 2016).

Repasse do governo federal para a saúde pública

O governo federal ampliou nominalmente os repasses de recursos para a saúde pública no período de 1998 a 2016.

Conforme levantamento realizado neste estudo, foram repassados pelo governo federal e destinado para o SUS, só no ano de 2016, o valor de R\$ 64.662.020.337,99 (R\$ 64,6 bilhões), distribuídos dentro dos seis blocos de financiamento. A maior fatia, 62,69% (R\$ 40,5 bilhões) foram repassados para os programas e ações de saúde da MAC. Na sequência o Bloco da Atenção Básica recebeu 25,88% (R\$ 16,7 bilhões) dos recursos, o Bloco de Investimentos recebeu 4,10% (R\$ 2,6 bilhões) e os demais ficaram com 7,33% (R\$ 4,7 bilhões) dos recursos.

Desde a criação dos Blocos de Financiamento, a MAC sempre recebeu um percentual maior de recursos quando comparado com os demais blocos, tendo em vista os custos mais elevados dos equipamentos e serviços prestados nestes níveis

de atenção à saúde. Como exemplo, neste estudo foi apurado que em 1998 os valores repassados ao MAC foram apenas 33,90% superiores aos valores repassados à Atenção Básica. A partir de então, em todos os anos houve aumento da diferença entre os blocos citados. Por exemplo, em 2001, 2009 e 2016 os valores repassados ao MAC foram respectivamente 98,73%, 175,97% e 142,24% superiores aos valores repassados à Atenção Básica, demonstrando a priorização ao MAC.

O Gráfico 1 apresenta os percentuais de repasses do governo federal, de 1998 a 2016 agrupados nos Blocos de Financiamento. O objetivo é visualizar em percentual e numa barra de 100% quanto do total é destinado para cada Bloco, ano a ano.

Gráfico 1 – Evolução dos repasses financeiros do Ministério da Saúde por Blocos de Financiamento, de 1998 a 2016, em percentuais, bloco de 100%



Notas: O campo “Outros” refere-se aos demais Blocos de Financiamento que tabela foram agrupados, a saber: Bloco Assistência Farmacêutica; Bloco Gestão do SUS; Bloco Vigilância em Saúde.
Fonte: Elaboração própria a partir de Ministério da Saúde – Portal Transparência

Pode ser observado no Gráfico 1 que o percentual destinado dentro de cada ano para a Atenção Básica variou de 42,4% em 1998 e chegou no mínimo a 23,6% em 2004, ficando em 2016 em 25,9%, ficando na média de 27,2%. Em relação aos recursos destinados ao Bloco MAC, o percentual de cada ano variou de 66,9% em 2004 a 55,3% no ano 2000, encerrando em 2016 em 62,7%, com média de 62,5%.

O Bloco de Investimentos, iniciado em 2009 ficou em média de 2,5% do repassado. Os demais Blocos de Financiamento ficaram em média de 9,2%.

Na Tabela 4, os repasses totais do Ministério da Saúde, ao longo dos anos de 1998 a 2016 foram atualizados utilizando o índice IPCA.

Tabela 4 - Repasses Financeiros Totais do Ministério da Saúde, de 1998 a 2016, em R\$, valores deflacionados pelo IPCA, referente a dezembro de 2016

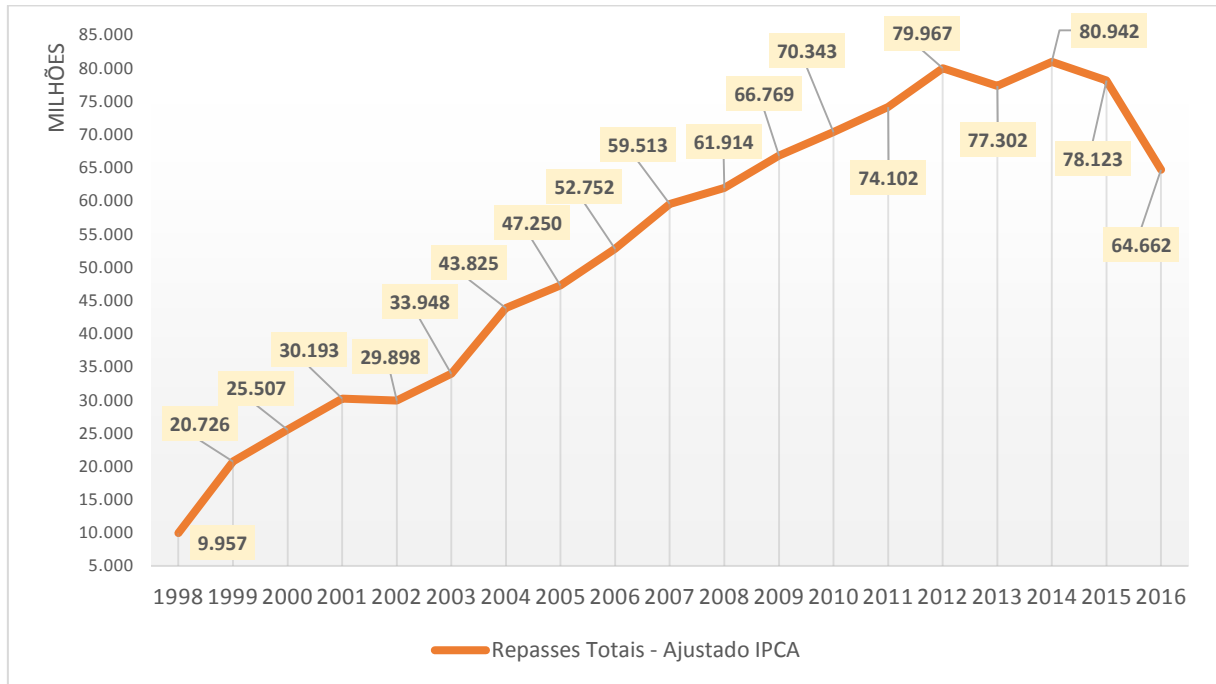
ANO	Repasses financeiros (Valores Nominais)	Repasses financeiros (Atualizados IPCA)
1998	2.580.283.196,23	9.956.927.437,35
1999	5.835.387.123,81	20.725.628.010,38
2000	7.611.454.997,34	25.507.143.170,05
2001	9.695.172.870,20	30.192.619.223,26
2002	10.650.157.457,07	29.898.100.975,96
2003	13.425.082.372,22	33.947.774.748,97
2004	18.585.546.534,45	43.824.937.294,26
2005	21.283.889.917,31	47.250.439.941,77
2006	24.479.166.732,23	52.751.626.610,04
2007	28.773.050.183,66	59.512.545.567,94
2008	31.846.499.308,50	61.914.341.057,98
2009	35.792.591.565,29	66.769.466.750,87
2010	39.833.388.371,84	70.343.247.589,53
2011	44.748.255.085,75	74.101.597.930,98
2012	50.962.374.287,72	79.966.584.250,61
2013	52.109.272.897,82	77.302.471.154,93
2014	58.139.261.260,58	80.941.690.572,50
2015	61.993.261.609,17	78.122.943.664,73
2016	64.662.020.337,99	64.662.020.337,99

Nota: Valores atualizados com o deflator IPCA/IBGE referente a dezembro/2016.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde

É possível observar que houve aumento real dos recursos financeiros liberados pelo governo federal nos primeiros anos dessa série. O aumento real quando comparado o valor atualizado de 1998 com o ano de 2016, foi de 649,42%. Porém, nos últimos cinco anos, a partir de 2012, há uma tendência de estabilização com queda em 2016 dos valores repassados. O Gráfico 2 ilustra essa informação.

Gráfico 2 – Evolução dos repasses financeiros anuais do Ministério da Saúde, de 1998 a 2016, em R\$, valores deflacionados pelo IGP-DI e IPCA



Nota: Valores atualizados com o deflator IPCA/IBGE referente a dezembro/2016.

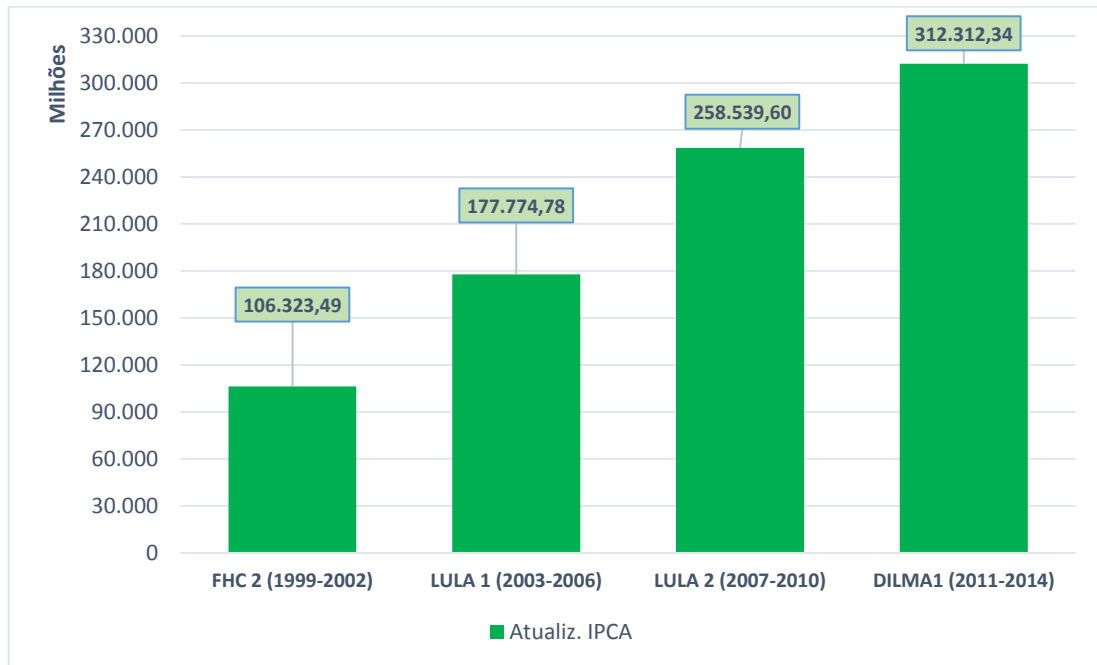
Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde

Com os valores de repasses atualizados com base de dezembro de 2016, no Gráfico 3 foram agrupados os repasses financeiros coincidentes com os anos dos últimos governos nacionais, mostrando quanto de recursos financeiros cada um dos últimos governos nacionais repassou para a Saúde.

É possível observar no Gráfico 3 o aumento real e crescente dos repasses do governo federal para a saúde pública a partir do segundo mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso (1999-2002), passando pelos dois períodos de governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2006 e 2007-2010) até o primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff (2011-2014).

Com a saída do cargo da Presidente Dilma Rousseff e entrada do Presidente Michel Temer na metade do ano de 2016, ainda não é possível considerar os dados do atual mandato que se encerrará em 2018 e por isso os dados levantados de 2015 e 2016 não constam no Gráfico 3. Nesses anos de 2015 e 2016 foram repassados para a saúde R\$ 142,78 bilhões, em valores atualizados pelo IPCA de dezembro de 2016.

Gráfico 3 – Repasses Financeiros Totais do Ministério da Saúde, no período de 1999 a 2014, agrupados em períodos de 4 anos coincidente com os respectivos 4 últimos governos nacionais concluídos, em R\$, valores deflacionados pelo IPCA (IBGE)



Nota: Valores atualizados com o deflator IPCA/IBGE referente a dezembro/2016.
 Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde

Repases do governo federal para a saúde bucal

Para o levantamento dos recursos financeiros específicos para as ações e programas de Saúde Bucal repassados pelo Governo Federal, foram analisados os lançamentos dos repases totais efetuados pelo Ministério da Saúde no período de 1998 a 2016 dentro dos blocos de financiamento da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (MAC) e o Bloco de Investimentos, ano a ano. Os dados foram extraídos do Portal da Transparência do SUS, mantido pelo Ministério da Saúde.

No Quadro 6 são listados os nomes de ações e programas de saúde bucal considerados nesta pesquisa.

Os repases para a saúde bucal só aparecem a partir do ano de 2001, que em valores nominais corresponderam na época a R\$ 19,4 milhões, correspondente a 0,20% do repasse total para a saúde em 2001. Nos anos seguintes o percentual destinado a saúde bucal foi crescente, por exemplo, em 2004, 2006 e 2007 os valores repassados foram respectivamente de 1,08%, 1,69% e 1,73% do valor total repassado

para a saúde. O ano de 2012 foi quando a saúde bucal mais recebeu recursos, chegando a 1,78% do valor total repassado pelo Governo Federal.

Quadro 6 - Ações e Programas de Saúde do Ministério da Saúde considerados para a totalização dos repasses da Saúde Bucal

Bloco Atenção Básica - PAB Variável
SAÚDE BUCAL – SB AMPLIAÇÃO DA RESOLUTIVIDADE DA SAÚDE BUCAL (RAB-BSOR-SM) EQUIPE DE SAÚDE BUCAL - UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL (UOM) INCENTIVO ADICIONAL UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL (UOM) INCENTIVO ADICIONAL SAÚDE BUCAL
Bloco Média e Alta Complexidade (MAC)
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS – MUNICIPAL CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS ESTADUAL FAEC - CIRURGIA OROFACIAL FAEC - OPM EM ODONTOLOGIA FAEC - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS FAEC AIH - CIRURGIA OROFACIAL FAEC AIH - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS FAEC SIA - OPM EM ODONTOLOGIA FAEC SIA – ORTODONTIA FAEC SIA - PROTESE DENTÁRIA FAEC SIA - TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS REDE VIVER SEM LIMITES - RDEF - CEO ESTADUAL REDE VIVER SEM LIMITES - REDEF - CEO MUNICIPAL
Bloco Investimentos
AQ. EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE BUCAL IMPLANTAÇÃO DO CEO

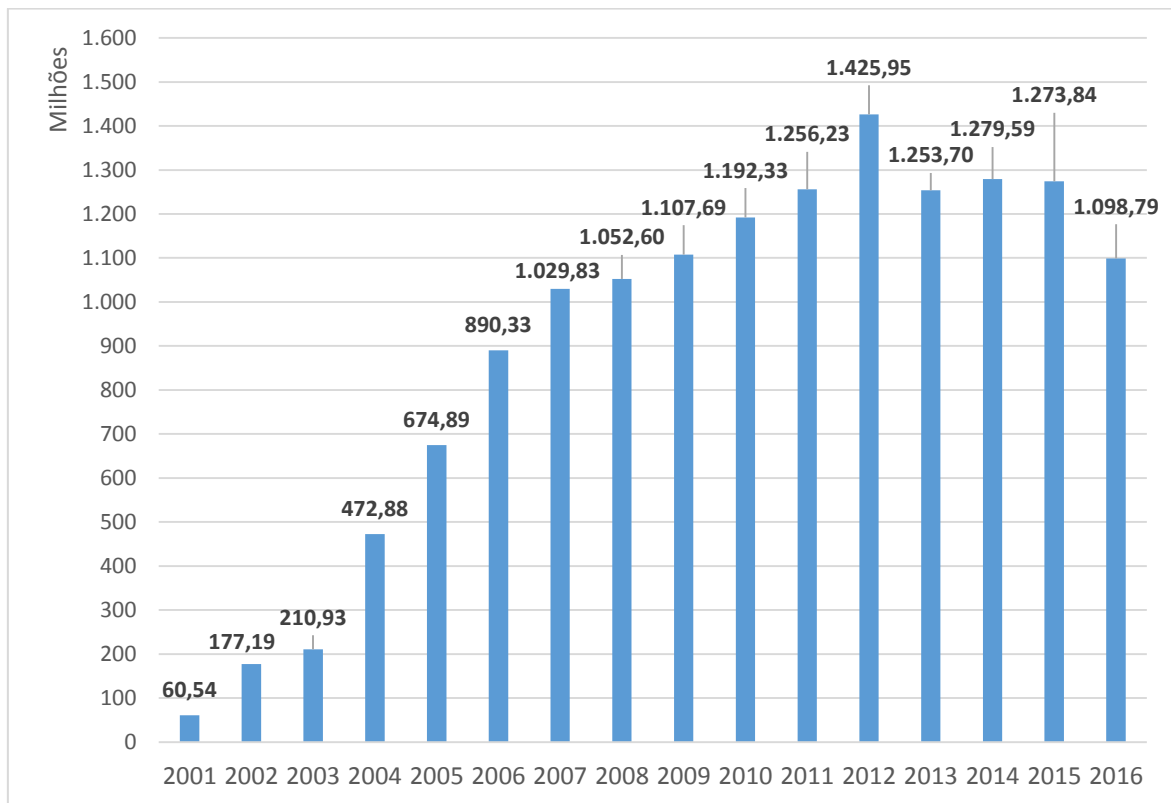
Fonte: Elaboração própria.

Na média, nesse período de 2001 a 2016, o valor repassado para as ações e programas de saúde bucal correspondeu a 1,40% do valor total repassado.

Esses valores repassados para a saúde bucal foram atualizados com base em dezembro de 2016, utilizando-se o IPCA/IBGE e apresentados no Gráfico 4, que apresenta um crescimento real dos recursos destinados à saúde bucal, subindo de R\$ 60.542.061,75 em 2001 para R\$ 1.425.954.510,40 em 2012, que foi o ano nesta

série histórica em que os recursos financeiros para a saúde bucal foram os maiores. Isso representa um crescimento real de 2.355,31%.

Gráfico 4 – Repasses Financeiros do Ministério da Saúde para a Saúde Bucal, no período de 2001 a 2016, em R\$, valores atualizados pelo IPCA/IBGE



Nota: Valores atualizados com o deflator IPCA/IBGE referente a dezembro/2016. As ações e programas ligados a Saúde Bucal foram extraídos e somados dentro de três Blocos de Financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, e Investimentos.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde – Portal da Transparência

No período de 2001 a 2012 houve crescimento real dos recursos para a saúde bucal. No período de 2013 a 2015 os valores reais apresentaram uma certa estabilização e em 2016 houve uma queda nos recursos, ficando o repasse do Ministério da Saúde para a saúde bucal no valor de R\$ 1.098.790.009,55, que em valores ajustados corresponde próximo ao que foi recebido em 2009.

Também foram comparados os repasses para a saúde bucal com os repasses para outros programas de saúde dentro do respectivo Bloco, para verificar qual foi o percentual destinado a saúde bucal dentro da Atenção Básica – PAB Variável, do Bloco MAC, e Bloco de Investimentos, conforme apresentado na Tabela 5.

Pode-se observar que dentro do Bloco de Atenção Básica, quando analisado apenas o PAB Variável (dados da Tabela 5), mesmo com os aumentos nos valores nominais no período de 2004 a 2012, com uma queda em 2013 e crescimento de 2014 a 2016, o percentual que relaciona a saúde bucal com o total repassado dentro do próprio bloco, cresceu nos primeiros anos, mas desde 2006 tem diminuído ano a ano, caindo de 10,41% em 2006 para 7,98% em 2016. Isso significa que do 'bolo' de recursos destinado ao PAB Variável a cada ano, mesmo com o aumento do repasse nominal de recursos, os programas ligados à saúde bucal na Atenção Básica estão perdendo espaço para os outros programas criados na última década pelo Ministério da Saúde. No período de 2001 a 2016, a saúde bucal recebeu em média 8,09% dos recursos destinados a Atenção Básica – PAB Variável.

Em relação aos recursos para programas de saúde bucal no Bloco MAC pode-se observar que a cada ano tem havido um aumento nominal nos repasses e também uma maior participação percentual da área de saúde bucal dentro desse Bloco, participação que passou de 0,01% em 2001, 0,17% em 2005 até chegar a 0,54% em 2016. Mesmo com o aumento nominal de recursos e aumento do percentual a cada ano, pode-se considerar que o percentual destinado à saúde bucal dentro do MAC é baixo. No período de 2001 a 2016, a saúde bucal recebeu em média 0,30% dos recursos destinados ao MAC. Em valores nominais, os repasses para a saúde bucal em 2016 foram de aproximadamente R\$ 217,7 milhões, enquanto os repasses totais para o MAC foram de R\$ 40,5 bilhões no ano.

Quanto ao Bloco Investimentos, surgido em 2009, os repasses para a saúde bucal, no período de 2010 a 2016 foram em média de 0,34% do valor total repassado dentro deste Bloco.

Tabela 5 – Repasses Financeiros do Ministério da Saúde - Bloco de Atenção Básica (apenas PAB Variável), Bloco de Média e Alta Complexidade (MAC), e Bloco de Investimentos, com destaque para os repasses ligados à ações e programas de Saúde Bucal e a relação percentual dentro de cada Bloco de financiamento, no período de 1999 a 2016, em valores nominais

Ano	Bloco Atenção Básica (PAB Variável)			Bloco Média e Alta Complexidade (MAC)			Bloco Investimentos			Total de Repasse p/ Saúde Bucal PAB-V + MAC + Invest. (R\$)
	Repasso Total no PAB Variável (R\$)	Repasso Saúde Bucal (R\$)	Saúde Bucal em relação ao PAB-V - %	Repasso Total no MAC (R\$)	Repasso Saúde Bucal (R\$)	Saúde Bucal em relação ao MAC - %	Repasso Total (R\$)	Repasso Saúde Bucal (R\$)	Saúde Bucal em relação ao Invest. - %	
1999	416.305.960,53	0,00	0,00	3.658.584.322,78	0,00	0,00				0,00
2000	840.772.920,81	0,00	0,00	4.209.693.097,25	0,00	0,00				0,00
2001	1.048.804.753,94	19.101.823,84	1,82	5.640.602.099,24	338.879,54	0,01				19.440.703,38
2002	1.428.082.835,81	62.099.036,67	4,35	6.076.372.127,14	1.020.164,50	0,02				63.119.201,17
2003	1.695.681.495,95	81.522.276,62	4,81	8.359.878.854,37	1.894.337,19	0,02				83.416.613,81
2004	2.275.770.585,50	193.630.800,00	8,51	12.426.130.718,44	6.911.473,39	0,06				200.542.273,39
2005	2.739.480.197,10	280.773.350,00	10,25	13.810.764.089,96	23.230.856,44	0,17				304.004.206,44
2006	3.499.604.257,28	364.319.950,00	10,41	15.538.166.963,68	48.835.932,08	0,31				413.155.882,08
2007	4.234.511.833,32	431.782.100,00	10,20	18.380.940.587,71	66.116.590,38	0,36				497.898.690,38
2008	4.794.236.417,46	470.227.875,00	9,81	20.369.409.001,76	71.192.533,93	0,35				541.420.408,93
2009	5.206.796.150,00	508.505.000,00	9,77	22.916.869.556,42	85.287.335,75	0,37	53.876.110,05	0,00	0,00	593.792.335,75
2010	6.203.598.834,04	593.761.400,00	9,57	25.253.223.509,03	81.137.082,66	0,32	449.697.235,37	286.860,00	0,06	675.185.342,66
2011	7.089.237.060,05	646.745.980,00	9,12	28.761.913.180,00	104.520.819,16	0,36	645.535.109,67	7.344.112,36	1,14	758.610.911,52
2012	8.722.631.998,49	779.082.235,00	8,93	32.329.462.953,63	124.158.771,66	0,38	1.162.774.912,61	5.513.920,88	0,47	908.754.927,54
2013	8.362.202.609,22	688.285.130,00	8,23	33.219.625.562,80	148.907.105,84	0,45	1.749.406.135,39	7.922.347,86	0,45	845.114.583,70
2014	9.124.353.047,89	721.592.674,00	7,91	37.664.565.402,46	194.342.106,03	0,52	2.370.196.421,60	3.180.000,00	0,13	919.114.780,03
2015	10.241.697.805,06	802.577.890,00	7,84	40.742.372.640,30	206.680.992,92	0,51	2.221.522.974,79	1.575.000,00	0,07	1.010.833.882,92
2016	11.019.387.149,41	879.889.960,00	7,98	40.536.404.894,84	217.699.986,55	0,54	2.652.530.133,09	1.200.063,00	0,05	1.098.790.009,55

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde, Portal da Transparência.

CONCLUSÃO

Ao se analisar os repasses financeiros do governo federal para ações e programas de saúde, pode-se constatar a ampliação do alcance da saúde pública nas últimas décadas, especialmente depois da criação do SUS, em 1988, mas com maior crescimento de programas sociais a partir da primeira década de 2000.

Os repasses financeiros do governo federal específicos para a saúde bucal tiveram um crescimento real no período de 2001 a 2012. Em média, os repasses do governo federal para a saúde bucal representam, neste período de estudo, 1,40% dos valores totais repassados.

Além disso, o percentual destinado aos programas de saúde bucal, dentro dos respectivos Blocos de Financiamento foram reduzidos nos últimos anos, ou seja, a saúde bucal perdeu espaço para outras ações e programas de saúde.

REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da saúde. Coleção para entender a gestão do SUS 2011 - Volume 2. Brasília: CONASS; 2011 [acesso 2016 Nov 22]. 124 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sanitaria3.pdf#page=59.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988 [acesso 2016 Dez 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 [acesso 2016 Dez 12]. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso 2016 Dez 12]. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Brasil. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 [acesso 2016 Dez 12]. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº

141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/decreto/d7827.htm

Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 [acesso 2016 Dez 12]. 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

Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 [acesso 2016 Dez 12]. 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. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2016 Dez 12]. 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/L8080.htm

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 [acesso 2016 Dez 12]. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm

Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 [acesso 2016 Dez 12]. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm

Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991 [acesso 2016 Dez 12]. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm

Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 [acesso 2016 Dez 12]. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 16p. [acesso 2016 Nov 28]. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde (Série Ecos – Economia da saúde para a gestão do SUS; Eixo 1, v.1). Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 837 de 23 de abril de 2009 [acesso 2016 Dez 04]. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.032, de 05 de maio de 2010 [acesso 2016 Dez 04]. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/06/Portaria-pacientes-especiais-hospital-1032-3444-110510-SES-MT.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.341, de 13 de junho de 2012 [acesso 2016 Dez 04]. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Disponível em: <http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/07/Portaria-n.1341-de-13-de-junho-de-2012.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.434, de 14 de julho de 2004 [acesso 2016 Dez 04]. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 [acesso 2016 Dez 04]. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/142359.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.464, de 24 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. 2011 Jun 27; Seção1:121, p. 112.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.599, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2011 Jul 11; Seção1:131, p. 50.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.825, de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao teto financeiro anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Diário Oficial da União. 2012 Ago 27; Seção1:166, p. 26.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Diário Oficial da União. 2012 Jan 26; Seção1:19, p. 46.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.371, de 7 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. Diário Oficial da União. 2009 Out 09; Seção1:194, p. 111.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.372, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União. 2009 Out 09; Seção1:194, p. 112.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 2011 Out 24; Seção1:204, p. 48-55.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.489, de 21 de outubro de 2008 [acesso 2016 Dez 04]. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2489_21_10_08.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.490, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2011 Out 24; Seção1:204, p. 55.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. 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. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html .

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001. Regulamenta as normas e diretrizes para a inclusão das ESBs. Diário Oficial da União. 2001 Mar 07; Seção1:46-E, p. 67.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012. Redefine a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família constante na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. 2012 Dez 27; Seção1:249, p. 205.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a

estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2008 Dez 24; Seção1:250, p. 88.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 302, de 17 de fevereiro de 2009. Estabelece que profissionais de Saúde Bucal que estejam previamente vinculados a Estratégia Saúde da Família poderão ser incorporados às Equipes de Agentes Comunitários de Saúde EACS. Diário Oficial da União. 2009 Fev 18; Seção1:34, p. 37.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 2006 Fev 23; Seção1:39, p. 43.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial da União. 2006 Mar 24; Seção1:58, p. 51.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União. 2006 Mar 24; Seção1:58, p. 52.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006 [acesso 2016 Dez 04]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 650, de 28 de março de 2006 [acesso 2016 Dez 04]. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria650_28_03_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 673, de 03 de junho de 2003. Atualiza e revê o incentivo financeiro às Ações de Saúde Bucal, no âmbito do Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso de Atenção Básica - PAB. Diário Oficial da União. 2003 Jun 04; Seção1:106, p. 44.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 74, de 20 de janeiro de 2004. Reajusta os valores dos incentivos financeiros às Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde da Família, inclui procedimento de moldagem para prótese e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2012 Abr 25; Seção1:80, p. 94-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2006 Abr 18; Seção1:74, p. 98.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 843, de 27 de abril de 2016. Define os recursos financeiros destinados a aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. Diário Oficial da União. 2008 Jan 18; Seção1:13, p. 97.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 2012 Mai 17; Seção1:95, p. 73.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 17, de 15 de janeiro de 2013. Inclui na Tabela de Tipo de Equipes do SCNES, Equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família. Diário Oficial da União. 2013 Jan 17; Seção1:12, p. 37.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 718, de 20 de dezembro de 2010. Financiamento de novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico / ortopédico e implante dentário osteointegrado, incluindo a prótese sobre o implante. Republicada em 31-12-2010 por ter saído, no DOU nº 245, de 23-12-2010, Seção1, p. 109/122, com incorreção no original. Diário Oficial da União. 2010 Dez 31; Seção1:251, p. 100-13.

Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). [acesso 2016 Dez 04]. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/#>

Carrillo Roa, A. Situação e financiamento da saúde nos países-membros do fórum IBAS. Argumentum. 2015;7(2):143–60. doi: 10.18315/argumentum.v7i2.8477.

Castro, ALB de, Machado, CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. Cad. Saúde Pública, 2010;26(4):693–705. doi: 10.1590/S0102-311X2010000400012.

Costa, RCR da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev. Sociol. Polít. 2002 Jun;18(1):49–71.

Gavronski, AA, et al. Financiamento da Saúde. [internet]. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União; 2008 [acesso 2016 Dez 12] Disponível em: <http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuacao>

- Kornis, GEM, Maia, LS, Fortuna, RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011;21(1):197–215. doi: 10.1590/S0103-73312011000100012.
- Lorena Sobrinho, JE de, Espírito Santo, ACG do. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: Estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saúde Soc*. 2013;22(4):994–1000. doi: 10.1590/S0104-12902013000400003.
- Marques, RM, Mendes, Á. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade*, 2012;21(2):345–62. doi: 10.1590/S0104-06182012000200005.
- Marques, RM, Mendes, Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Cien Saúde Colet*. 2003;8(2):403–15. doi: 10.1590/S1413-81232003000200007
- Mendes, Á, Marques, RM. O financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no sistema único de saúde. *Saúde Debate*, 2014;38(103):900–16. doi: 10.5935/0103-1104.20140079.
- Mendes, Á, Weiller, JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491–505. doi: 10.1590/0103-110420151050002016.
- Moimaz, SAS, Garbin, CAS, Garbin, AJÍ, Ferreira, NF, Gonçalves, PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *RAP*. 2008;42(6):1121–35. doi: 10.1590/S0034-76122008000600005.
- Nóbrega, CBC, Hoffmann, RHS, Pereira, AC, Meneghim, MC. Financiamento do setor saúde: uma retrospectiva recente com uma abordagem para a odontologia. *Cien Saúde Colet*. 2010;15(Supl. 1):1763–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700088
- Piola, SF, Paiva, AB de, Sá, EB de, Servo, LMS. Financiamento público da saúde: Uma história a procura de rumo. Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Portal da Saúde. Brasil Sorridente. Brasília: Ministério da Saúde. [acesso 2016 Nov 26]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php.
- Rocha, EN, Cunha, JXP, Lira, LSSP, Oliveira, LB de, Nery, AA, Vilela, ABA, Prado, FO. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde Debate*. 2013;37(96):104–11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/12.pdf>
- Rosa, MRR, Coelho, TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Cien Saúde Colet*. 2011;16(3):1863–73.

Soares, A, Santos, NR dos. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. *Saúde Debate*. 2014;38(100):18–25. doi: 10.5935/0103-104.20140002

Solla, JJSP, Reis, AAC dos, Soter, APM, Fernandes, AS, Palma, JLL de. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007 Out;7(4):495–502. doi: 10.1590/S1519-38292007000400018.

Vazquez, DA. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2011;27(6):1201–12. doi: 10.1590/S0102-311X2011000600017.

Viana, ALDA. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. *Trabalho, Educação E Saúde*, 2008;6(3):599–612. doi: 10.1590/S1981-77462008000300011.

Villani, RAG, Bezerra, AFB. Concepções dos gestores municipais de saúde de Pernambuco sobre a destinação e gestão dos gastos com saúde. *Saúde Soc.* 2013;22(2):521–29. doi: 10.1590/S0104-12902013000200021.

WHO. Global health observatory data repository. Browse data tables by country; 2016. [acesso 2016 Nov 26]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOBRA?lang=en>

3 DISCUSSÃO

A saúde bucal pode ser considerada ainda uma área negligenciada pelos governos dos países quando se trata do financiamento público da saúde bucal. No primeiro estudo realizado, os 22 artigos selecionados apresentam dados do financiamento da saúde bucal em 29 países, sendo eles Albânia, Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Islândia, Itália, Luxemburgo, Noruega, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia, Suíça e Ucrânia na Europa; e os países Irã, Síria, Japão, Austrália, Nova Zelândia, Canadá, Estados Unidos e o Brasil de outros continentes.

Esses países foram agrupados dentro dos quatro modelos de financiamento apresentados neste trabalho, e não foi encontrada relação entre o modelo de financiamento, que tem a ver com as fontes de financiamento, com o financiamento público maior ou menor da saúde bucal nos respectivos países. A maioria dos países deixa os cuidados com a saúde bucal por conta das famílias ou mesmo dos seguros de saúde obrigatórios ou voluntários existentes dentro de cada modelo, deixando o financiamento público para atendimento de grupos desfavorecidos como crianças, idosos, pobres dentre outros. E nos países em que há a proposta de acesso universal por meio do financiamento público, como o Brasil, os recursos públicos são insuficientes para o financiamento tanto da saúde geral quanto dos programas de saúde bucal.

Conforme afirma Roubach (2010), os custos da saúde, incluindo os custos de saúde bucal são relevantes e tendem a serem crescentes. O encargo financeiro de tratamentos dentários representa um percentual elevado para famílias ou governos em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em US\$ 3 trilhões o valor gasto em saúde, no ano 2000, por todos os países, o que correspondeu a 8% da produção mundial de riqueza. Nos países desenvolvidos, há um crescente aumento de gastos com Saúde, por exemplo, em 1965 os Estados Unidos gastavam 5,9% do seu PIB em saúde, já em 2003, atingiram 15,2% (Brasil, 2013).

Na pesquisa realizada com os dados oficiais do Brasil e que consta no segundo artigo desta tese, os repasses totais do governo federal brasileiro para a saúde bucal,

no período de 2001 a 2016, corresponderam na média a 1,40% do valor total repassado para a saúde.

O sistema de saúde brasileiro teve sua expansão a partir da segunda metade do século XX. Nos anos 1950, os gastos nacionais com saúde não excediam a 1% do Produto Interno Bruto (PIB), grande parte destinada a programas como os de controle de doenças transmissíveis. Esses gastos totais com saúde saltaram em 1980 para 4,5% do PIB, em 2000 para 8,4% e em 2012 para 9,3% do PIB (sendo 5% do PIB com gastos privados e 4,3% do PIB com gastos públicos) (Brasil, 2011 e WHO, 2016).

Desde a Constituição Federal de 1988, a questão do financiamento da saúde no Brasil não sai de pauta: o país ampliou a rede de proteção, mas o setor público continua investindo 3,6% do PIB, em média. Isso significa que os gastos públicos representam apenas 44% do gasto total em saúde. A comparação com outros países mostra que o investimento público em saúde do Brasil deveria ser de, no mínimo, 6% para equiparar-se aos padrões mundiais. A maioria dos países adota o modelo universal com adaptações próprias. No Canadá, a universalidade é adotada para a maior parte dos serviços. Há uma ampla carteira de procedimentos necessários cujo atendimento é por conta do sistema privado. Na Suécia, há limites para gastos individuais com médicos e consultas. Ultrapassado o limite, o Estado arca com o valor excedente sobre as práticas e procedimentos em saúde.

Para a saúde bucal em 2016, por exemplo, foram repassados pelo governo federal do Brasil quase R\$ 1,1 bilhões, valores inferiores quando comparados com os outros anos da série ajustados, para atender aos diversos programas de saúde bucal incentivados pelo Ministério da Saúde, tanto na atenção básica quanto nos níveis de média e alta complexidade. Esses recursos são insuficientes para a manutenção desses programas, que precisam de contrapartida financeira e de pessoal dos Estados e Municípios, e portanto ainda existem demandas não atendidas na saúde bucal, dentro da saúde pública, desafios apresentados no segundo artigo.

4 CONCLUSÃO

Os modelos de financiamento da saúde são classificados, quanto às fontes de origem dos recursos, em modelo bismarckiano, modelo beveridgiano, modelo americano e modelo misto. No caso do financiamento da saúde bucal, em muitos países os repasses para esta área ainda representam uma pequena parcela dos gastos totais em saúde, e possuem predomínio do financiamento privado, porém, o financiamento público tem ganhado importância e investimentos, seja devido à gravidade e necessidade da atenção as doenças bucais, ou pelos crescentes aumento dos custos de tratamento em saúde ou pela demanda de pessoas e governos para atenção ao tema da saúde bucal.

No Brasil nas últimas décadas houve avanços em ações e programas e também no crescimento real dos recursos financeiros destinados pelo governo federal para o financiamento público da saúde, incluindo a saúde bucal, porém, esses repasses apresentaram estabilização e queda nos últimos anos.

No período de estudo, os repasses financeiros do governo federal específicos para a saúde bucal variaram de 0,20% em 2001 para até 1,78% em 2012, do repasse total destinado para a saúde pública. Na média, os repasses do governo federal para a saúde bucal representam 1,40% dos valores totais repassados.

REFERÊNCIAS

Bahia, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. *Saúde Soc.* 2005 [acesso 2016 Out 26];14(2):9–30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n2/03.pdf>

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da saúde. Coleção para entender a gestão do SUS 2011 - Volume 2. Brasília: CONASS; 2011 [acesso 2016 Nov 22]. 124 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sanitaria3.pdf#page=59.

Brasil. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde (Série Ecos – Economia da saúde para a gestão do SUS; Eixo 1, v.1). Brasília: Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde; 2013.

Carrillo Roa, A. Situação e financiamento da saúde nos países-membros do fórum IBAS. *Argumentum.* 2015;7(2):143–60. doi: 10.18315/argumentum.v7i2.8477.

Downer, MC, Drugan, CS, Blinkhorn, AS. Salaried services in the delivery of dental care in Western industrialised countries: implications for the National Health Service in England. *International Dental Journal.* 2006;56(1):7–16.

Moimaz, SAS, Garbin, CAS, Garbin, AJ, Ferreira, NF, Gonçalves, PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *RAP.* 2008;42(6):1121–35. doi: 10.1590/S0034-76122008000600005.

Roubach, MWN. Oral health systems in Europe. Dissertation - Master in Advanced Studies in Health Economics and Management. Suisse: Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). 2010. [acesso 2016 Out 15] 28p. Disponível em: <http://www.chuv.ch/bdfm/cdsp/85134.pdf>

Soares, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. *Cad. Saúde Pública.* 2007 [acesso 2016 Dez 12];23(7):1565–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700007

WHO. Global Health Observatory Data Repository. Browse data tables by country. (2016). [acesso 2016 Nov 26]. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOBRA?lang=en>