

Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal

Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services

Thais Regis Aranha Rossi (<http://orcid.org/0000-0002-2561-088X>)¹

José Eudes de Lorena Sobrinho (<https://orcid.org/0000-0001-7820-735X>)²

Sonia Cristina Lima Chaves (<http://orcid.org/0000-0002-1476-8649>)³

Petrônio José de Lima Martelli (<https://orcid.org/0000-0001-6920-6435>)⁴

Abstract *The present study analyzed the effects of austerity and economic crisis on the financing of oral health, provision and use of public services and access to exclusively dental plans in Brazil, from 2003 to 2018. A retrospective, descriptive study was carried out, with a quantitative approach. Data were collected from the National Health Funding database, the National Supplementary Health Agency, the Strategic Management Support Room, and from the e-manager system. The federal fund-to-fund transfer was increasing from 2003 to 2010 and remained stable from 2011 to 2018. The supply decreased at the end of the period, with reduced coverage of the first programmatic dental appointment, average supervised tooth brushing and number of endodontic treatments. Against the background of the public financial crisis, exclusively dental plan companies expanded the market from 2.6 million users in 2000 to 24.3 million in 2018, with a profit of more than R\$ 240 million. Fiscal austerity has a strong influence on the use of public dental services in Brazil, which can benefit the private market and widen inequalities.*

Key words *Healthcare Financing, Health Policy, Oral Health.*

Resumo *O presente estudo analisou os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal, oferta e utilização de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos no Brasil, no período de 2003 a 2018. Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa. Foram coletados dados da base do Fundo Nacional de Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, do Sistema e-gestor. Observou-se que o repasse federal fundo a fundo apresentou tendência crescente de 2003 a 2010 e estável de 2011 a 2018. A oferta decresceu ao final do período com redução da cobertura da primeira consulta odontológica programática, média da escovação dental supervisionada e número de tratamentos endodônticos. Na contramão da crise financeira pública, as empresas de planos exclusivamente odontológicos expandiram o mercado de 2,6 milhões de usuários em 2000 para 24,3 milhões em 2018, com lucro de mais de R\$240 milhões. A austeridade fiscal tem forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode beneficiar o mercado privado e ampliar as desigualdades.*

Palavras-chave *Financiamento da Assistência à Saúde, Política de Saúde, Saúde Bucal.*

¹ Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia (UNEB). R. Silveira Martins 2555, Cabula. 41150-000 Salvador BA Brasil.

² Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco (UPE). Recife PE Brasil.

³ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador BA Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Recife PE Brasil.

Introdução

As políticas de austeridade podem apresentar efeitos devastadores sobre a saúde das populações¹. A austeridade é uma estratégia recente, neoliberalista, que impõe sacrifício pelos cortes de despesas ou necessidades estruturais estatais². Entretanto, diferente do sentido moral de virtude atribuído ao uso parcimonioso de recursos no orçamento individual, no neoliberalismo, a austeridade acentua o uso injusto dos recursos, a concentração de renda e prejudica o crescimento e geração de empregos, sem afetar os lucros dos empresários^{2,3}.

Os efeitos das políticas de austeridade na saúde têm sido investigados. Stukler et al.⁴ analisaram a crise financeira de 2008 nos países europeus e apontaram elevação no número de suicídios na Grécia, Irlanda e Letônia. O aumento da insatisfação com a prestação de cuidados em saúde e a redução nos gastos públicos foram relacionados à crise financeira de 2008 na Grécia e em Portugal⁵. Ainda na Europa, a partir de 2010, quando medidas de austeridade também foram implementadas na redução de serviços de saúde, observou-se aumento da necessidade por serviços de saúde e grande quantidade de pessoas que enfrentaram barreiras para o acesso a esses serviços. Foram apontados ainda, fechamento de estabelecimentos, redução do horário de funcionamento e número de profissionais⁶.

Em sistemas de saúde considerados universais como da Alemanha, Reino Unido e Espanha, após a crise financeira europeia de 2008, houve mudanças e reformas para atender às pressões econômicas visando ampliar as medidas restritivas, redução da intervenção do Estado e ampliação do espaço do mercado⁷.

Na atualidade, Malta et al.⁸ verificaram tendência de efeito das medidas de austeridade no alcance das metas para controle das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil. Também como reflexo da crise econômica e os sucessivos cortes financeiros no setor saúde em Portugal a partir de 2011, Barradas e Nunes⁹ constataram dificuldades no acesso aos meios de diagnóstico e tratamento para pacientes com câncer. Severas consequências na garantia das políticas públicas sociais, sobretudo voltadas para a juventude, também foram vivenciadas na Espanha desde 2014.

No Brasil, a crise financeira de 2008, relacionada à crise internacional, foi caracterizada pela “saída de capitais estrangeiros aplicados em bolsa; redução da oferta de crédito externo para bancos e firmas; aumento das remessas de lucros

e dividendos por parte de subsidiárias de empresas multinacionais; retração do mercado de crédito doméstico; e ‘empoçamento’ de liquidez no mercado interbancário”¹⁰. O governo criou estratégias de respostas rápidas, a partir de várias medidas, que resultaram na recuperação econômica a partir da metade do ano de 2009¹⁰. Outro período considerado de crise econômica é de 2014 a 2016. A partir do segundo trimestre de 2014, a economia brasileira encontrou-se “em recessão” pela queda acentuada dos gastos de investimento, redução nas margens de lucro das empresas não financeiras, realinhamento dos preços, contração fiscal, redução do resultado primário estrutural¹¹, queda da arrecadação em todas as esferas de governo e aumento do desemprego².

Destaca-se a Emenda Constitucional (EC) nº 95, aprovada em 2016, que estabeleceu teto de gastos para as despesas primárias, onde haverá apenas correção anual para recompor perdas inflacionárias². Essa EC poderá produzir impactos negativos no financiamento e na garantia ao direito à saúde no Brasil¹². Alguns estudos já apontam queda na oferta de serviços públicos de saúde e saúde bucal no Brasil no período recente¹³. Contudo, não foram encontrados estudos que investigassem indicadores em saúde ou saúde bucal no Brasil relacionado com a crise financeira e medidas de austeridade do governo. Nesse sentido, o presente estudo analisou os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal, na utilização de serviços públicos e acesso a saúde suplementar exclusivamente odontológica no período recente.

Metodologia

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo, com abordagem quantitativa do caso brasileiro sobre os efeitos da austeridade, de 2003 a 2018, sobre o financiamento da saúde bucal, na oferta de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos. O estudo adotará os períodos 2008 e 2014-2016 como aqueles relacionados à crise econômica já consensuada em estudos na área econômica. Este estudo é produto de tese de doutorado de um dos autores sobre Política Nacional de Saúde Bucal desenvolvida no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/PE e do monitoramento realizado pelo Observatório de Políticas de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Para análise do financiamento federal foram coletados dados da base do Fundo Nacional de Saúde quanto aos repasses realizados nas rubri-

cas relacionadas à saúde bucal no período de 2003 a 2018, conforme metodologia adaptada de Rossi et al.¹⁴. De 2003 a 2017, os recursos para a Saúde Bucal encontravam-se divididos em três blocos: atenção básica, média e alta complexidade e gestão, administrados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

No FNS, os repasses financeiros estavam designados por blocos de financiamento. No custeio, o bloco de financiamento federal da Atenção Básica (AB) para estados, DF e municípios é subdividido em: a) ESB - Unidade Odontológica Móvel (UOM); b) Incentivo Adicional de SB; e c) Saúde Bucal. O custeio para prestadores federais conveniados inclui: a) incentivo adicional Unidade Odontológica Móvel e b) saúde bucal. Havia um bloco de financiamento de custeio da média e alta complexidade composto por: a) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Municipal; b) CEO Estadual e c) Fundos de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC) de vários tipos. O bloco de investimento (capital) apresentava as rubricas específicas de ações em Saúde Bucal nos componentes 'Atenção Básica em Saúde Bucal' (Aquisição de equipamentos e material permanente) (2010-2011); 'Ações de implantação de ações e serviços de saúde' (Implantação do Centro de Especialidade Odontológica – CEO) (2011-2017) e 'Piso de Atenção Básica Variável' (Aquisição de equipamentos odontológicos) (2012-2013, 2016-2017). No período de 2004 a 2009 o investimento relativo à implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas constava no bloco Gestão do SUS, na rubrica de 'Implantação de ações e serviços de saúde' (Incentivo adicional ao CEO). Assim, independente do bloco em que se encontravam, consideraram-se os recursos de capital como investimento para implantação dos serviços.

Já no ano de 2018, com a mudança de repasses federais em blocos de capital e custeio, os recursos destinados à Saúde Bucal na Atenção Básica encontravam-se no componente "Piso da Atenção Básica em Saúde", no Programa Custeio de Atenção à Saúde Bucal. Os recursos em capital estavam enquadrados em "Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde", no Programa Estruturação da Atenção à Saúde Bucal. Entretanto, os repasses para a atenção especializada não se encontravam disponíveis na base consultada.

A análise do financiamento foi realizada segundo repasses de capital e custeio na atenção básica, especializada e investimentos. Todos os valores foram corrigidos pelo índice que mede a

inflação oficial no país, o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o mês de dezembro de 2018, para fins de comparabilidade entre si. Esse índice é realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A correção dos valores foi efetuada pela calculadora oficial do Banco Central do Brasil, disponível no site <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0>.

A cobertura dos planos exclusivamente odontológicos, suas receitas e despesas, no período de 2003 a 2008 (até outubro de 2018, meses de novembro e dezembro encontravam-se indisponíveis) foram coletados nas bases de acesso livre da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), disponível em www.ans.gov.br.

A oferta de serviços públicos odontológicos foi analisada a partir do número de equipes de saúde bucal implantadas, sua cobertura populacional e quantitativo de Centros de Especialidades Odontológicas. Estes dados encontravam-se disponíveis da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), www.sage.saude.gov.br e no Sistema gestor do Ministério da Saúde (MS), <https://egestorab.saude.gov.br>. Os dados relativos aos CEO implantados em 2018 foram fornecidos pela Coordenação Geral de Saúde Bucal/ MS.

Para análise da utilização dos serviços públicos na atenção primária, utilizaram-se os indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica programática e média de escovação dental supervisionada. Já para atenção especializada, foram utilizados indicadores de tratamentos endodônticos concluídos e procedimentos periodontais, disponíveis a partir de 2008 até novembro de 2018. O cálculo relativo ao indicador de tratamento endodôntico concluído, caracterizado como produção ambulatorial dos Centros de Especialidades Odontológicas, se deu a partir da soma do número absoluto dos procedimentos relativos a obturação de dente permanente unirradicular, birradicular, de três ou mais raízes e selamento de perfuração radicular (códigos no SIA-SUS 03.07.02.006-1, 03.07.02.004-5, 03.07.02.005-3, 03.07.02.011-8). Os procedimentos periodontais analisados gengivectomia, gengivoplastia, tratamento cirúrgico periodontal – por sextante constam no SIA-SUS com os seguintes códigos 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375, respectivamente. Os procedimentos periodontais são típicos de referência para a atenção especializada e constituem-se especialidade mínima estabelecida para o CEO. Para o ano de 2018, só estavam disponíveis os dados até a competência de novembro. Os procedimentos de diagnóstico oral, cirurgia bucomaxilofacial e

atendimento a pacientes com necessidades especiais não foram incluídos (Tabela 1).

Os dados foram organizados na extensão csv no software Microsoft Office Excel 2010 e posteriormente analisados no Stata, versão 15. Após a análise descritiva, estimou-se a tendência dos indicadores a partir do método de Prais-Winstein. Como o período do presente estudo é de 15 anos, para fins de maior detalhamento estimaram-se as tendências de 2003 a 2010 e de 2011 a 2018, tendo em vista a limitação de análise de período com uma quantidade menor de observações pelo método de escolha. Foi calculada a variação percentual anual (VPA) com o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%) de indicadores relacionados ao repasse de recursos, utilização de serviços de atenção básica e especializada. Considerou-se que a tendência foi considerada decrescente quando os coeficientes foram negativos, decrescente quando positivos, e estável quando os coeficientes da regressão não foram significativamente diferentes de zero ($p > 0,05$).

Resultados e Discussão

Os repasses financeiros realizados pela União a estados e municípios no período de 2003 a 2018 apresentam um crescimento até 2013, manutenção de valores de 2013 a 2016 e redução a partir de 2017 com grande queda em 2018 (Tabela 1). A crise financeira de 2008 que apresentou rápida recuperação pelo Governo Federal não apresentou reflexos no financiamento para a Saúde Bucal naquele período.

Entretanto, observam-se os efeitos severos da crise econômica de 2014-2016 no montante de recursos financeiros repassados pela União aos estados e municípios para a saúde bucal. Com os valores corrigidos pelo IPCA observa-se que o total repassado em 2017 é inferior, por exemplo, ao de 2009, fato também analisado recentemente por Franco¹⁵.

No ano de 2018, quando passa a vigorar as mudanças nos blocos de financiamento e repasse pelo Fundo Nacional de Saúde, a partir da Portaria 3.992, de 28/12/2017¹⁶, observa-se grande redução nos repasses relacionados a custeio e aumento daqueles relacionados a investimento. Esta Portaria revoga as anteriores, faz a junção

Tabela 1. Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), cobertura populacional de eSB (%), número de Centro de Especialidades Odontológicas implantados, total de repasses sem e com correção pelo IPCA e % de gasto na atenção básica, especializada e investimento entre 2003 e 2018.

Ano	ESB*	Cobertura populacional eSB (%)**	CEO	Total de Repasses Custeio + Capital Valores corrigidos pelo IPCA	% Custeio	% Capital	% AB	% AE
2003	6.170	20,5	-	R\$ 191.549.053,10	100,00%	0	97,73%	2,27%
2004	8.951	26,6	100	R\$ 434.927.702,00	98,47%	1,53%	95,33%	3,14%
2005	12.603	34,7	336	R\$ 646.016.493,06	94,89%	5,11%	87,62%	7,27%
2006	15.086	39,8	498	R\$ 834.576.989,52	96,94%	3,06%	85,43%	11,51%
2007	15.694	29,9	604	R\$ 944.121.804,17	99,10%	0,90%	85,90%	13,20%
2008	17.807	33,3	674	R\$ 966.406.637,19	99,14%	0,86%	86,22%	12,92%
2009	18.982	34,6	808	R\$ 1.012.871.323,99	99,30%	0,70%	85,05%	14,25%
2010	20.424	36,5	853	R\$ 1.082.757.666,35	99,96%	0,04%	87,94%	12,02%
2011	21.425	38,4	882	R\$ 1.138.369.021,46	99,03%	0,97%	85,43%	13,59%
2012	22.203	38,9	944	R\$ 1.290.637.679,59	99,39%	0,61%	86,01%	13,38%
2013	23.150	39,4	988	R\$ 1.121.273.493,23	99,05%	0,95%	81,44%	17,61%
2014	24.323	39,8	1.030	R\$ 1.158.100.496,56	99,65%	0,35%	78,79%	20,86%
2015	24.467	40,3	1.034	R\$ 1.143.631.782,32	99,84%	0,16%	80,35%	19,49%
2016	24.384	39,9	1.072	R\$ 1.169.899.916,68	99,77%	0,23%	80,51%	19,26%
2017	25.905	41,2	1.115	R\$ 1.102.424.000,46	99,73%	0,27%	78,33%	21,40%
2018	26.807	42,2	1.139	R\$ 541.746.947,93	72,16%	27,84%	72,16%	***

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS e IBGE.

* Mod I + Mod II. Dados referentes a dezembro de 2003 a 2017 e novembro/2018

** De 2003 a 2006 - SAGE/MS. De 2007 a 2018 e-gestor DAB

*** Valores não disponíveis no FNS. Todos os valores para o ano de 2018 estão alocados em atenção básica ou investimentos

dos blocos anteriores em um único e estabelece dois blocos de financiamento: (i) Bloco de Custeio de Ações e Serviços e (ii) Bloco de Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde (Brasil, 2018). A mudança no percentual de repasse entre custeio e capital se deve à mudança dos blocos de financiamento e alocação dos blocos anteriores em um único. A redução de repasses no ano de 2018 é drástica no montante global e bastante significativa para custeio dos serviços.

Na Atenção Básica, os repasses representaram maior percentual de repasse, tendo sido crescentes até 2012, após apresentarem redução, seguido de manutenção e posterior queda em 2018. Observa-se evolução no número de equipes de Saúde Bucal nas modalidades I e II, com desaceleração a partir de 2013. Ademais, como primeiro efeito da crise econômica, os municípios, que tradicionalmente se configuram como os principais responsáveis pelo custeio dos serviços de saúde bucal¹⁷, não implantam novas equipes na atenção básica em razão do comprometimento de suas receitas limitado por leis como a de Responsabilidade Fiscal e pela redução dos repasses de outras fontes como o Fundo de Participação dos Municípios^{18,19}.

Analisando o indicador de cobertura populacional dos serviços de saúde bucal na atenção básica, identificam-se duas reduções na tendência histórica de crescimento: uma em 2007 e outra em 2016. A primeira se explica pela mudança na forma do cálculo deste indicador, pois a coordenação nacional de saúde bucal do MS se desagraja do cálculo inespecífico de uma equipe de saúde da família para 4500 habitantes e passa a personalizar para a saúde bucal, com uma equipe para 3450 habitantes. A segunda redução, mais recente, é produto provável da austeridade gerada para ajustes econômicos, mas que se refletirá mais fortemente nos indicadores de utilização desses serviços.

Na Atenção especializada, os repasses são crescentes até 2017, entretanto, devido às mudanças nos blocos de repasse, os valores relativos aos repasses para os Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária não se encontravam discriminados no portal da transparência do Fundo Nacional de Saúde. Estudo apontou que maior parcela de recursos foi destinada aos Centros de Especialidades Odontológicas municipais¹⁴.

Quanto aos investimentos, estes representaram pequena parcela do recurso em toda série histórica estudada, com exceção do ano de 2018, onde se percebe considerável aumento. Entretanto, ressaltamos que esta mudança pode represen-

tar alteração e ajuste nos blocos de financiamento a partir de 2018 e não necessariamente aumento de recursos de investimento.

A série histórica analisada mostra evolução do número de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no território nacional, embora de forma desacelerada a partir de 2014, de forma semelhante ao estudo de Rossi et al.¹⁴. Ressalta-se que apenas houve um ajuste no valor repassado pela União aos Estados e Municípios para a implantação e o custeio mensal destes serviços, implantados pela Portaria 600 de 23/03/2006²⁰, reajustados pela Portaria 1.341 de 13/07/2012²¹ que também estabeleceu incentivos para a rede de cuidados à pessoa com deficiência e revogou a portaria anterior.

O repasse global de recursos apresentou tendência crescente de 2003 a 2010, nos dois períodos de governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Partido dos Trabalhadores) e tendência estacionária no período subsequente dos governos dos ex-presidentes Dilma Roussef (Partido dos Trabalhadores) e Michel Temer (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) (Tabela 1). A utilização dos serviços de atenção básica, aqui analisados através dos indicadores de cobertura da primeira consulta odontológica e ação coletiva de escovação dental supervisionada mostram reduções significativas a partir de 2014 e principalmente entre os anos de 2017 e 2018. A cobertura de primeira consulta apresentou-se crescente de 2003 a 2010 e decrescente de 2011 a 2018 (Tabela 2). Isso significa que uma parcela bem menor da população consegue obter acesso à assistência odontológica individual na atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS)²². Chaves et al.¹³ apontaram o mesmo decréscimo na produção ambulatorial de primeira consulta odontológica programática e dos procedimentos de escovação supervisionada, de 2008 a 2017. O estudo aponta que nos anos de 2017, a maior queda na cobertura se deu nas regiões Centro-Oeste, Sul e Nordeste¹³.

Impactos prejudiciais tendem a ser observados na pesquisa nacional das condições de saúde bucal da população brasileira prevista para o ano de 2020. Isto porque os cortes e as restrições de acesso aos serviços públicos afetam de forma mais significativa os mais pobres, unicamente dependentes do SUS¹⁹.

O número total de procedimentos especializados em análise apresenta flutuações ao longo dos anos com aumento entre os anos de 2009 e 2012, 2014 a 2017 (Tabela 3), com tendência crescente, mas acentuado decréscimo em 2018. Percebe-se tendência à redução do número de procedimen-

Tabela 2. Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB), cobertura populacional de eSB (%), cobertura de primeira consulta odontológica (%), cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada no Brasil entre 2003-2018 e taxa de Cobertura de planos de saúde exclusivamente odontológico por ano, a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais e de dados da ANS.

Ano	Equipes de Saúde Bucal ^a	Cobertura populacional eSB (%) [*]	Nº absoluto de primeira consulta odontológica	Cobertura primeira consulta odontológica (%)	Nº absoluto de ação coletiva de escovação dental supervisionada	Ação coletiva de escovação dental supervisionada	Taxa cobertura plano de saúde ^{**}
2003	6.170	20,5	20.541.286	11,8	*	-	2,30
2004	8.951	26,6	19.880.236	11,2	*	-	2,90
2005	12.603	34,7	21.259.668	12,0	*	-	3,30
2006	15.086	39,8	21.616.728	11,6	39.441.678	1,8	3,80
2007	15.694	29,9	21.905.348	11,6	52.897.566	2,3	4,60
2008	17.807	33,3	26.843.628	14,0	57.693.648	2,5	5,70
2009	18.982	34,6	27.156.753	14,0	60.304.340	2,6	6,70
2010	20.424	36,5	26.043.708	13,3	63.527.864	2,8	7,40
2011	21.425	38,4	29.449.468	14,9	62.504.333	2,7	8,00
2012	22.203	38,9	26.395.480	13,2	54.380.251	2,3	5,00
2013	23.150	39,4	29.526.595	14,7	53.246.037	2,2	9,90
2014	24.323	39,8	27.093.617	13,4	57.151.878	2,3	10,30
2015	24.467	40,3	29.925.575	14,6	50.543.350	2,1	10,80
2016	24.384	39,9	21.661.874	10,5	37.078.584	1,5	11,00
2017	25.905	41,2	17.263.772	8,3	29.556.598	1,2	11,60
2018	26.807	42,2	7.873.770	3,8	14.320.962	0,7	12,40

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS e IBGE. Adaptado de Chaves et al., 2018¹³.

^{*} Mod I + Mod II. Dados referentes a dezembro de cada ano. – Mudança do indicador no período 2003-2007.

^{**} Dados disponibilizados pela ANS.

Tabela 3. Número de CEO implantados, número de tratamentos endodônticos e procedimentos periodontais especializados realizados entre 2008 e 2017 a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais, SIA-SUS. Brasil.

Ano	Número de CEO	Número de tratamentos endodônticos	Número de procedimentos periodontais (por sextante - códigos SIA/SUS: 0414020081, 0414020154, 0414020162, 0414020375)			
			Enxerto gengival	Gengivectomia e gengivoplastia	Tratamento cirúrgico periodontal	Total
2008	674	527.474	22.646	287.918	92.766	403.330
2009	808	612.621	12.484	194.802	82.684	289.970
2010	853	681.057	7.054	191.439	88.871	287.364
2011	882	684.800	7.365	191.642	95.901	294.908
2012	944	691.933	10.859	193.156	105.807	309.822
2013	988	687.296	8.956	177.605	99.196	285.757
2014	1.030	683.265	5.155	177.518	147.064	329.737
2015	1034	682.181	5.230	203.788	168.631	377.649
2016	1072	635.923	3.877	189.740	180.837	374.454
2017	1.115	582.040	4.405	251.335	190.528	446.268
2018	1.139	495.005	4.139	133.747	159.427	297.313

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do MS/SIA/SUS, 2018. Adaptado de Chaves et al., 2018¹³.

tos especializados em saúde bucal, especificamente nos relacionados à endodontia de 2011 a 2018

(Tabela 4), como reflexo da dificuldade de acesso ao cirurgião-dentista na atenção básica (confor-

Tabela 4. Análise de tendência de indicadores sobre o financiamento da saúde bucal, utilização de serviços públicos e acesso a planos exclusivamente odontológicos no Brasil, 2003 a 2010 e 2011 a 2018.

Indicadores	2003	2010	APC	IC 95%	P	T	2011	2018	APC	IC 95%	P	T
Total de Repasse (R\$)	191.549.053	1.082.757.666	25,85	[7,69; 47,07]	0,000	C	1.138.369.021	541.746.948	-5,81	[-11,82; 0,61]	0,068	E
Total Repasse per capita (R\$)	1,10	5,65	24,04	[6,51; 44,47]	0,013	C	5,97	2,63	-6,26	[-12,50; 0,42]	0,061	E
Nº absoluto de primeira consulta odontológica	20.541.286	26.043.708	4,91	[2,77; 7,11]	0,001	C	29.449.468	7.873.770	-15,42	[-27,94; -0,74]	0,043	D
Cobertura primeira consulta odontológica (%)	11,76	13,59	3,41	[1,05; 5,82]	0,012	C	15,44	3,82	-16,10	[-28,97; -0,91]	0,042	D
Número de tratamentos endodônticos	342.142	681.057	10,85	[9,32; 12,41]	0,000	C	684.800	495.005	-4,36	[-8,09; -0,48]	0,033	D
Total de procedimentos Periodontais	138.163	287.364	14,60	[6,01; 23,89]	0,005	C	294.908	297.313	5,27	[2,33; 8,29]	0,007	C
Taxa cobertura plano de saúde (%)	2,30	7,40	18,45	[17,17; 19,75]	0,000	C	8,00	12,40	10,34	[4,44; 16,57]	0,005	C

Fonte: Elaboração própria. Legenda: T=tendência, C = crescente, D=decrésciente e E=estacionária.

me indicador de cobertura de primeira consulta odontológica) e sua referência para a atenção especializada.

Quanto aos procedimentos especializados cirúrgicos periodontais, observa-se redução de enxertos gengivais a partir de 2012, redução de gengivoplastia/gengivectomia e outros tratamentos cirúrgicos periodontais a partir de 2017 (Tabela 3). Entretanto, na análise global relativo aos procedimentos periodontais a tendência apresentou-se crescente nos dois períodos analisados (Tabela 4). Os procedimentos periodontais especializados não são realizados nas Unidades de Saúde da Família e sim desempenhados por profissionais especializados nos CEO. A redução observada descritivamente ainda não modificou a apresentação de sua tendência a partir das medidas de austeridade executadas num período recente a partir de 2014-2016, ainda que o crescimento de 2011 a 2018 seja inferior ao incremento do período anterior.

Levantamento conduzido nas épocas pré-crise e pós-crise econômica na Espanha também mostrou que houve impacto direto no acesso aos serviços especializados de saúde acompanhado de acréscimo de demanda por emergências médicas²³.

Assim, regras fiscais parecem se mostrar úteis para conter o nível de despesas com cuidados de saúde, mas com a notável consequência de desencadear efeitos deletérios na prestação de serviços²⁴, a exemplo do ocorrido entre os anos de 2009 e 2012 na Grécia quando houve cortes nos gastos com saúde para internações, medicamentos e atendimentos ambulatoriais²⁵.

Em países europeus, a exposição a empréstimos de instituições financeiras internacionais e a queda da receita tributária apresentaram mais correlação com as decisões para implementar cortes de despesas com saúde do que a orientação dos partidos políticos²⁶.

Se por um lado houve redução do papel do Estado na oferta de serviços de saúde bucal, por outro houve fortalecimento do mercado privado, sobretudo dos planos de saúde exclusivamente odontológicos. Esta é uma das questões basilares do modelo de ajuste econômico para a saúde pública proposto no Brasil: há interesses privatistas dentro do SUS nos efeitos de tais medidas²⁷.

A cobertura de planos exclusivamente odontológicos apresentou grande aumento, entre 2000 e 2018 (Tabela 2). Em dezembro de 2008 eram 11.061.362 de segurados, passando a 24.310.288 em setembro de 2018. Ou seja, o quantitativo de brasileiros que passou a ter acesso a estes planos

aumentou bastante, entretanto, muitas vezes esses usuários não têm clareza de suas coberturas e limites contratuais²⁸, o que ocasiona uma falsa percepção de que esses planos poderão prover cobertura para todas as suas necessidades de tratamento odontológico.

Entre 2008-2009 apenas 2,5% dos domicílios brasileiros possuíam planos de saúde exclusivamente odontológicos, com beneficiários dentro do perfil de maior renda e maior escolaridade, com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE²⁹. Os dados mais recentes desta pesquisa ainda não foram publicados. Os domicílios com maior escolaridade e renda estiveram associados com maior gasto. São Paulo foi o estado com maior dispêndio e os da Região Norte como Amazonas e Tocantins, aqueles com menor desembolso.

Dados mais recentes apontam para o crescimento do número de beneficiários nesta modalidade de acesso privado a serviços de saúde bucal, em contraposição ao que ocorre nos planos médicos³⁰, visto que estes acumulam queda do número de beneficiários a partir de 2016³¹, fenômeno também vivenciado na Irlanda após as medidas austeras para a saúde pública nos últimos anos³².

Na contramão da crise financeira pública, as empresas de planos exclusivamente odontológicos apresentaram receitas crescentes ao longo do período analisado. Com exceção do ano de 2018, pois os dados só estavam disponíveis até agosto. Neste sentido, não pode ser comparado aos demais. Entretanto suas despesas vêm apresentando manutenção desde 2011, com redução em 2017. Assim, seu lucro quase dobrou entre os anos de 2016 e 2017 (Tabela 5).

Inserido no contexto da crise econômica e das medidas de austeridade após 2016, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu um Grupo de Trabalho para discutir a proposta dos Planos de Saúde Acessíveis. Dentre os argumentos para esta medida, destacam-se: o aumento do número de desempregados no país e os efeitos sobre o mercado da saúde suplementar e a necessidade de aumentar a massa segurada para tornar viável o custo para as operadoras³³.

Diante da retração da renda domiciliar brasileira provocada pela crise econômica, medidas como as que preveem a criação de modalidades de saúde suplementar compatíveis com este novo perfil podem gerar custos catastróficos (superiores a 40%) no orçamento familiar. Também levarão à redução do orçamento público para a saúde

e agravar o permanente subfinanciamento do SUS³¹. Estudos sobre a especificidade do campo odontológico devem revelar como este se movimenta e como a absorção do risco ocorre entre as operadoras. Há indícios de que o risco é assumido pelos prestadores através de formas de precarização do trabalho e baixa remuneração dos procedimentos ou não autorização dos mesmos.

Destaca-se uma lacuna do presente estudo relativa à análise em dois grandes períodos devido à impossibilidade da utilização da análise de tendência para curtos períodos de observação. Assim, aponta-se a necessidade do monitoramento sistemático da política e de outras possibilidades de estudo a partir das perguntas não respondidas.

Considerações Finais

Este estudo analisou os efeitos da austeridade e crise econômica sobre o financiamento da saúde bucal. Observou-se que o financiamento federal apresentou tendência crescente de 2003 a 2010 e estável de 2011 a 2018. É nítida a mudança nos repasses com as medidas de austeridade. A oferta de serviços de atenção básica, aqui analisada pela cobertura da primeira consulta odontológica, apresentou-se crescente no primeiro período e uma queda nos sete anos posteriores. Quanto à atenção especializada, observa-se o mesmo em relação aos tratamentos endodônticos. Ou seja, uma parcela bem menor da população consegue obter acesso à assistência odontológica individual na atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS). O mesmo ocorre com os procedimentos especializados como redução drástica da conclusão de tratamentos endodônticos e procedimentos cirúrgicos periodontais.

Enquanto isso, na contramão da crise financeira pública, as empresas privadas de planos exclusivamente odontológicos expandiram o mercado de 2,6 milhões de usuários no ano 2000 para 24,3 milhões em 2018 (aproximadamente 11,6% da população), com lucro de mais de 240 milhões de reais, já corrigidos pelo IPCA. Corroborando este estudo para a interpretação que o mix público privado na área da saúde é concorrencial e lesivo a parte pública do sistema. A austeridade fiscal apresentou forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, que pode estar beneficiando o mercado privado. Nesse sentido, a desigualdade social se mantém também na saúde bucal, perpetuando um modelo excludente e reprodutor de desigualdades.

Tabela 5. Receitas, despesas e lucro das empresas de planos exclusivamente odontológicos no Brasil entre 2003 e 2018, corrigidos pelo IPCA.

Ano	Receitas (A) Valores absolutos	Receitas (A) Valores corrigidos pelos IPCA	Despesas (B) Valores absolutos	Despesas (B) Valores corrigidos pelos IPCA	A-B Valores absolutos	A-B Valores corrigidos pelos IPCA
2003	503.565.856,00	1.156.335.153,02	439.530.358,00	1.009.290.835,99	64.035.498,00	147.044.317,03
2004	598.981.305,00	1.282.603.220,65	497.748.152,00	1.065.831.900,76	101.233.153,00	216.771.319,89
2005	743.312.579,00	1.498.509.239,51	612.333.399,00	1.234.456.784,38	130.979.180,00	264.052.455,13
2006	910.346.220,00	1.781.471.629,67	742.074.189,00	1.452.177.298,89	168.272.031,00	329.294.330,78
2007	1.182.472.532,00	2.220.990.976,20	1.035.921.316,00	1.945.729.674,58	146.551.216,00	275.261.301,62
2008	1.272.309.260,00	2.246.235.788,96	1.126.812.499,00	1.989.364.254,65	145.496.761,00	256.871.534,31
2009	1.466.057.564,00	2.483.527.022,82	1.282.317.877,00	2.172.268.795,97	183.739.687,00	311.258.226,85
2010	1.805.512.742,00	2.895.401.661,70	1.579.923.053,00	2.533.635.862,32	225.589.689,00	361.765.799,38
2011	2.205.891.786,00	3.317.177.935,25	1.873.585.718,00	2.817.462.417,24	332.306.068,00	499.715.518,01
2012	2.454.271.223,00	3.497.152.422,43	2.088.620.779,00	2.976.127.963,52	365.650.444,00	521.024.458,91
2013	2.621.555.789,00	3.531.592.441,53	2.229.284.596,00	3.003.149.756,45	392.271.193,00	528.442.685,08
2014	2.874.714.484,00	3.634.381.934,00	2.465.543.769,00	3.117.084.420,53	409.170.715,00	517.297.513,47
2015	3.100.799.771,00	3.548.468.435,54	2.674.800.065,00	3.091.881.906,62	425.999.706,00	456.586.528,92
2016	3.210.551.952,00	3.434.108.784,47	2.825.008.074,00	3.021.718.753,71	385.543.878,00	412.390.030,76
2017	3.440.473.646,00	3.579.671.425,20	2.649.228.785,00	2.756.413.667,49	791.244.861,00	823.257.757,71
2018	1.626.332.953,00	1.626.332.953,00	1.386.264.999,00	1.386.264.999,00	240.067.954,00	240.067.954,00

Fonte: ANS. * Dados disponíveis até agosto/2018. Valores em reais.

Colaboradores

TRA Rossi e JE Lorena-Sobrinho realizaram a coleta, análise dos dados, escrita e revisão do artigo. SCL Chaves e PJI Martelli analisaram os dados, escreveram o artigo e revisaram sua versão final.

Referências

- Guimarães RM. Os impactos das políticas de austeridade nas condições de saúde dos países com algum tipo de crise. *Trab Educ Saude* 2018; 16(1):383-385.
- Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc Saude Colet* 2018; 23(7):2303-2314.
- Bastos PPZ. *O que é a austeridade? E por que os neoliberais a defendem?* Carta Capital; 2017 Ago 8.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378:124-125.
- Serapioni M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. *Cad Saude Publica* 2017; 33(9):e00170116.
- Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *Eur J Public Health* 2015; 25(3):364-365.
- Giovanella L, Stegmüller K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. *Cad Saude Publica* 2014; 30(11):2263-2281.
- Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, Machado DB, Barreto ML. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc Saude Colet* 2018; 23(10):3115-3122.
- Barradas CS, Nunes JA. A virada austera: o declínio do acesso à saúde e da qualidade de atendimento para pacientes com câncer em Portugal. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2017; 24(4):933-951.

10. Paula LF, Pires M. Crise e perspectivas para a economia brasileira. *Estud Av* 2017; 31(89):125-144.
11. Oreiro JL. A grande recessão brasileira: diagnóstico e uma agenda de política econômica. *Estud Av* 2017; 31(89):75-88.
12. Vieira FS, Benevides RPS. *Os efeitos do Novo Regime Fiscal para o Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: Ipea; 2016 (Nota Técnica nº 28).
13. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate* 2018; 42(n. esp. 2):76-91.
14. Rossi TRA, Chaves SCL, Almeida AMFL, Santos AML, Santana SF. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde Debate* 2018; 42(119):826-836.
15. Franco DH. *Financiamento público e privado da saúde bucal no Brasil e no mundo* [tese]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas; 2017.
16. Brasil. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2017.
17. Lorena Sobrinho JE, Espírito Santo ACG. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saude Soc* 2013; 22(4):994-1000.
18. Medeiros KR, Albuquerque PC, Tavares RAW, Souza WV. Lei de Responsabilidade Fiscal e as despesas com pessoal da saúde: uma análise da condição dos municípios brasileiros no período de 2004 a 2009. *Ciênc Saude Colet* 2017; 22(6):1759-1769.
19. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018.
20. Brasil. Portaria nº 600, de 23 de março de 2006 que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. *Diário Oficial da União*; 2006.
21. Brasil. Portaria nº 1.341, de 13 de julho de 2012 que define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; 2012.
22. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde* 2012; 25(2):151-160.
23. Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, Sebastián MS, Gustafsson PE. Withstanding austerity: Equity in health services utilisation in the first stage of the economic recession in Southern Spain. *PloS ONE* 2018; 13(3):195-293.
24. Schakel HC, Wu EH, Jeurissen P. Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries. *BMC Public Health* 2018; 18(1):300.
25. Goranitisa I, Siskoub O, Liarpoulosb L. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy* 2014; 117(3):279-284.
26. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health Policy* 2014; 115(1):1-8.
27. Costa NR. Austeridade, predominância privada e falha de governo na saúde. *Ciênc Saude Colet* 2017; 22(4):1065-1074.
28. Neumann DG, Finkler M, Caetano JC. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Physis* 2017; 27(3):453-474.
29. Cascaes AM, Camargo MJB, Castilhos ED, Silva AER, Barros AJ. Gastos privados com planos exclusivamente odontológicos no Brasil. *Rev Saude Publica* 2018; 52(24):1-11.
30. Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fena-saúde). *Estatísticas dos beneficiários dos planos de saúde no Brasil* [página na Internet]. Rio de Janeiro; 2018. [acessado 2019 Jan 8]. Disponível em: <http://cnseg.org.br/fenasaude/estatisticas/beneficiarios.html>
31. Marinho A. A crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares ou no SUS? *Planejamento e Políticas Públicas* 2017; 49:55-84.
32. Burke S, Thomas S, Barry S, Keegan C. Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008-2014 – From ‘more with less’ to ‘less with less’. *Health Policy* 2014; 117(3):275-278.
33. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Relatório descritivo do GT de Planos Acessíveis* [relatório na Internet]. Rio de Janeiro; 2017 [acessado 2019 Jan 8]; [cerca de 55 p.] Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/VERSÃO_FINAL_RELATORIO_DESCRITIVO_GT_ANS_PROJETO_PLANO_DE_SAUDE_ACESSIV-EL_FINAL_.pdf

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 12/07/2019

Versão final apresentada em 30/08/2019