

Estudo Comparativo entre Tendências de Gastos Públicos Municipais em Saúde e Indicadores de Saúde Bucal na Antiga DIR V - Osasco (2000-2004)

Luiz Vicente Souza Martino¹
Luís Antonio Cherubini Carvalho²
Fausto Souza Martino³

Introdução

A distribuição de renda no Brasil é uma das mais injustas e perversas do mundo. Há no país uma "baixa e instável expansão da riqueza para o conjunto da sociedade", desvelando problemas "como o desemprego elevado, a pobreza e as desigualdades sociais em alta escala" (POCHMANN, 2002). Conseqüentemente, parte da população dependente de ações sociais (saúde, alimentação, assistência social etc.) pelo governo vem crescendo. O desenvolvimento da qualidade e eficiência dos serviços públicos insere-se nas alternativas de políticas ativas de geração de emprego e renda, onde a "efetiva melhora do serviço social envolveria a ampliação dos recursos, por meio de uma reforma tributária e da redução sensível da evasão fiscal, a racionalização e a moralização dos gastos (diminuição do grau de corrupção, despotismo etc.), a universalização das atividades e serviços de boa qualidade para todos (educação, saúde, assistência social etc.) e a promoção de novos mecanismos de garantia de renda" (POCHMANN, 2002).

O SUS pode e deve ser visto como produtor de bens e serviços (consultas, assistência, cuidado, programas etc.) que possuem valor de uso (capacidade potencial de atender as necessidades sociais) socialmente co-produzido através de uma multiplicidade de determinantes (CAMPOS, 2003). Dentre estes, perpassam aspectos relacionados à economia da saúde, como financiamento do setor, gastos e alocação de recursos. Deve-se, pois, concentrar esforços na análise das prioridades de aplicação dos recursos, tendo em vista a crise econômica e a limitação dos orçamentos (MENDES & MARQUES, 2006).

O orçamento público municipal tem passado por constantes readequações nos últimos anos e a porcentagem de dinheiro público gasto pelos gestores municipais tem sido alvo de legislação orçamentária. É o caso da saúde que estabelece na Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) de 2000, o vínculo de recursos orçamen-

tários em no mínimo 15% para os municípios, dando início "ao processo de construção das condições necessárias para que se alcance o equilíbrio desejável entre as demandas da população por serviços de saúde e os recursos necessários para seu financiamento" (BRASIL, 2001). Em 1995 a União, com 63%, era quem mais aplicava em saúde, seguida pelos Estados, com 20,7%, e os Municípios, com 16,4%. Em 2003, após três anos da aprovação da EC 29, o panorama alterou-se, com a União investindo 50,7%, os Estados 22,8% e os Municípios 26,5%. Os dados apontam para uma participação crescente dos Municípios nos gastos com saúde, aumentando seus investimentos em mais de 10% num intervalo de oito anos (FERNANDES *et al*, 1998; DATASUS).

O Projeto "Observatório de Saúde Bucal Coletiva: construindo a cidadania na saúde", aprovado e financiado pelo CNPq, teve suas atividades concentradas na antiga Direção Regional de Saúde (DIR) V de Osasco, trabalhando com seus 15 municípios, durante os anos de 2005 e 2007, guiando-se por cinco linhas de pesquisa: clínica ampliada, ações de natureza coletiva, média e alta complexidade, gestão e co-gestão e informação em saúde. Durante seu trabalho o projeto pôde tomar contato com a realidade local, além de assimilar melhor algumas características e indicadores referentes aos municípios pertencentes à região. Peculiaridades quanto à gestão, programas, serviços, orçamentos e a própria história das políticas públicas da região mostraram sua saúde bucal modelando inovadoras metodologias de trabalho, mesmo mantendo o perfil e o baixo acesso da população atendida (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Objetivos e Resultados

Objetivou-se estabelecer a relação dos gastos públicos municipais em saúde (Despesas Totais em Saúde - DTS) e indicadores de saúde bucal dos municípios pertencentes à antiga DIR V - Osasco, do estado de São Paulo, entre 2000 - 2004, como uma das propostas do Projeto "Observatório de Saúde Bucal Coletiva". Para coleta dos dados utilizou-se o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) - para análise dos gastos públicos em saúde - e o

¹ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Pesquisador Científico do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: lvsmartino@ig.com.br.

² Cirurgião-Dentista, Especialista em Saúde Pública e Odontologia Legal e Mestre em Odontologia e Odontologia Legal pela Universidade de São Paulo. Contato: luischerubini@yahoo.com.br

³ Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva e Mestrando em Ciências Odontológicas da Área de Odontologia Social da Universidade de São Paulo, Cirurgião-Dentista. Contato: fmartino@uol.com.br

DATASUS, do qual o SIOPS é parte integrante - para os indicadores de saúde bucal.

A partir daí analisaram-se as linhas de tendência das DTS de cada município, estipulando-se as linhas de tendência linear, realizando-se o mesmo procedimento para a DIR em seu conjunto, através da média das despesas das 15 cidades. Os indicadores de saúde bucal escolhidos e presentes no Pacto da Atenção Básica do SUS, presentes no DATASUS, foram:

a) a cobertura de primeira consulta odontológica, calculada pela divisão do número total de primeiras consultas realizadas no município em determinado ano pela população total do município e multiplicados por 100 - que indica o acesso da população em geral à assistência odontológica individual; porém, consultas de urgência e emergência não são incluídas neste indicador.

b) a média anual de população entre zero a 14 anos de idade coberta por procedimentos odontológicos coletivos - que são definidos como a realização de exame clínico epidemiológico anual, educação em saúde, realização de bochechos fluoretados e higiene bucal supervisionada. O numerador foi calculado dividindo-se a soma da quantidade de procedimentos coletivos apresentada pelo município mês a mês, em cada ano, pelo número de meses em que esta quantidade foi diferente de zero. O denominador foi constituído pela totalidade da população entre zero a 14 anos de idade residente no município. Este indicador é apresentado na forma de razão, sendo uma relação favorável àquela em que os valores estão mais distantes de 0,0 e próximos de 1,0;

c) a proporção de exodontias na dentição permanente em relação ao total de procedimentos odontológicos individuais - indicador que mostra o grau de mutilação da assistência odontológica individual no âmbito municipal (FERNANDES & PERES, 2005). Estes foram examinados um a um, ano após ano, verificando-se também suas linhas de tendência linear, para cada cidade, além do mesmo ter sido feito para a média de cada um dos três indicadores para a DIR V.

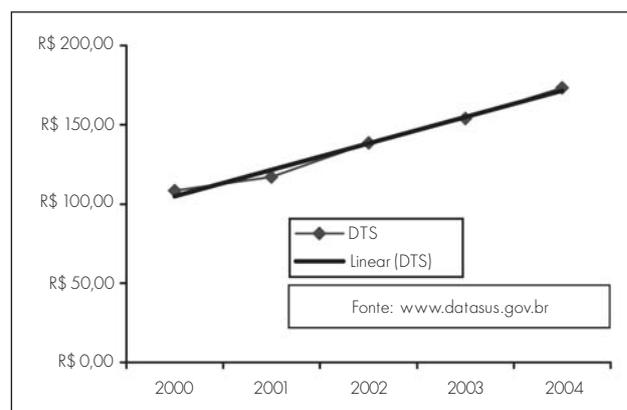
A análise conjugada das vertentes das despesas totais em saúde e indicadores de saúde bucal na atenção básica possibilitou a visualização de tendências sobre a utilização dos recursos e o desenvolvimento da própria saúde bucal na região. Verificou-se que não há relação direta entre um maior ou menor financiamento em saúde e o desempenho da saúde bucal. A verificação das bases de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde permitiu constatar grandes diferenças no financiamento da saúde entre os municípios da região, que variou de R\$ 58,00 (cinquenta e oito reais) a R\$ 335,00 (trezentos e trinta e cinco reais), em 2003, sendo que isto nem sempre se traduziu como diferença na oferta de serviços.

É verdade que a maior parte dos municípios tem um per capita/ano para a saúde inferior à média nacional,

no entanto, não se observaram diferenças notáveis entre os serviços públicos odontológicos, assistência e os níveis de acesso entre alguns dos menos financiados (Carapicuíba, Embu das Artes, Itapevi e Embu-Guaçu), e os mais financiados (Barueri, São Lourenço da Serra, Santana do Parnaíba e Pirapora do Bom Jesus). Tampouco se observou qualquer relação entre o percentual do orçamento municipal gasto com saúde, Emenda Constitucional -29 (EC 29), e a oferta de serviços; casos de Pirapora do Bom Jesus e Santana de Parnaíba, ambos com menor (15,24 %) e maior (31,25 %) investimento respectivamente (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Na compilação dos dados pode-se verificar que as DTS em todos os municípios apresentam tendência de aumento e, logicamente, a média da DIR segue a mesma característica (Gráfico 1), observando-se, também, que a partir de 2002 todos os municípios da DIR V - Osasco cumprem a EC-29.

Gráfico 1: Tendência linear de despesas totais em saúde na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



Quando se examinam as linhas de tendência linear dos indicadores de saúde bucal, verifica-se que em 60% dos municípios a cobertura de primeira consulta odontológica tem uma tendência à melhora do indicador. Porém quando os dados são avaliados, examinando-se a DIR como um todo (Gráfico 2), a linha de tendência linear projeta-se inversamente à maioria das cidades, ou seja, há uma queda do acesso aos serviços no decorrer dos anos estudados, caindo de 9,43%, em 2000, para 7,27% no ano de 2004.

Há claramente um aumento do investimento que não se reflete neste indicador importante que retrata o acesso aos serviços. É comum nos depararmos com realidades municipais que revelam fatos como uma exígua proporção entre o número de cirurgiões dentistas públicos e o total da população, pequena quantidade ou até ausência de mão-de-obra auxiliar contratada pelos governos municipais, baixo número de equipa-

mentos para a assistência e o seu precário estado de conservação ou até mesmo a ausência de determinados serviços odontológicos essenciais para o bom andamento da assistência aos munícipes.

Todos estes aspectos, dentre outros, invariavelmente têm como justificativas dos governantes fatores econômicos, como falta de recursos, lei de responsabilidade fiscal, alto custo da saúde bucal etc. Na antiga DIR V de Osasco pôde-se verificar que “o número absoluto de dentistas na região determina a proporção de um dentista público para cada 6.000 habitantes, mas esta é uma aproximação matemática que nada tem de concreta. De fato, em alguns municípios esta proporção alcança espantosos 1:25.000 (Itapevi) e em outros é 10 vezes mais favorável, 1:2.500 (Santana do Parnaíba), enquanto na maior parte deles fica entre 1:3.500 a 1:4.500” (Relatório Científico Projeto Observatório de Saúde Bucal Coletiva, 2007).

Há, ainda, um município na região que presta seus serviços à população sem pessoal auxiliar e outros com um baixo contingente destes profissionais ou, até, com a inexistência dos cargos-função de técnicos de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Verificou-se, também, o sucateamento de equipamentos odontológicos em certos municípios visitados.

O acesso à assistência odontológica de outras fatias populacionais, além materno-puericultora, pode também ter levado à queda neste indicador, uma vez que esta população possuía grande necessidade acumulada. Tais explicações podem muito bem se tratar dos supostos motivos para que os 40% dos municípios que não tiveram a tendência de melhora deste indicador fossem os responsáveis pela queda no cálculo geral para a região.

O indicador que corresponde à razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos de idade apresenta-se com 53,33% das cidades com uma tendência de melhora neste quesito. O mesmo acontece com a região que revela leve tendência positiva do indicador (Gráfico 3).

Gráfico 2: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - 1ª Consulta na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.

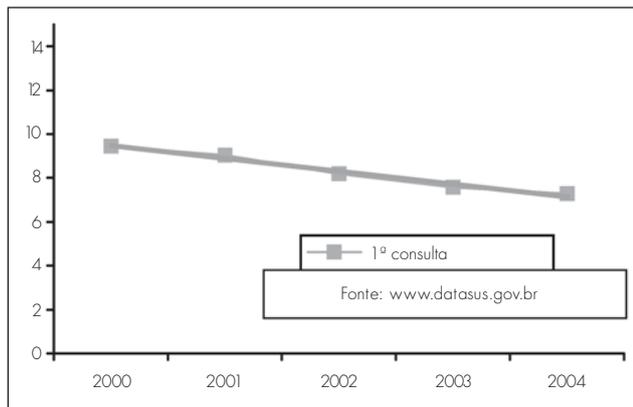
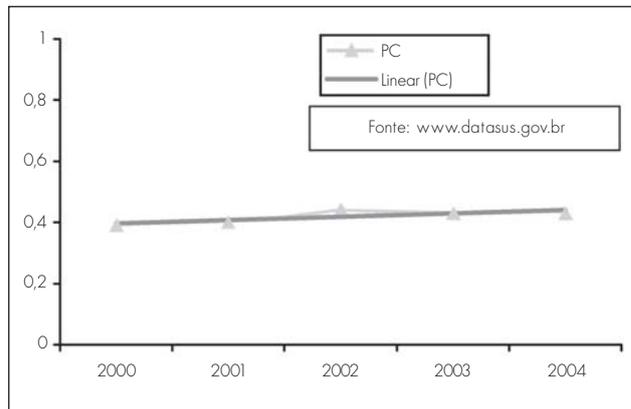
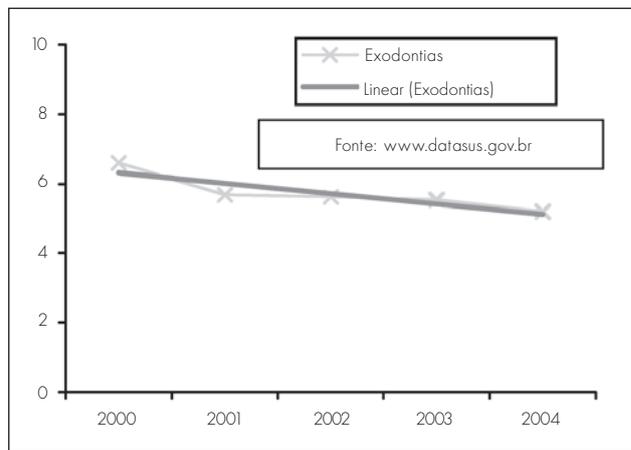


Gráfico 3: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - Procedimentos Coletivos (PC) na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



No caso da proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais a tendência foi, em 60% dos municípios, de queda, sendo este um fator positivo. O mesmo acontece com a média da DIR V (Gráfico 4).

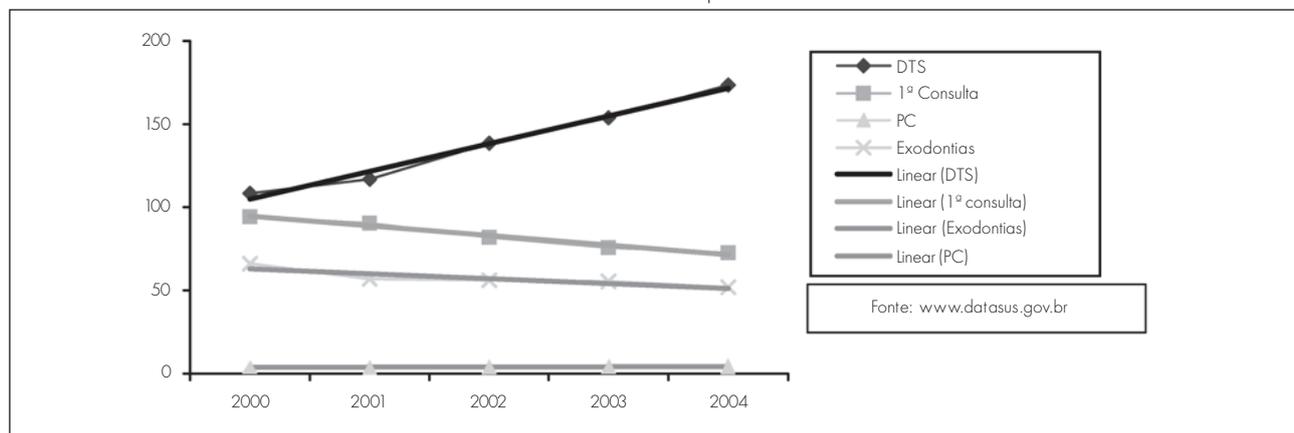
Gráfico 4: Tendência linear de indicadores de saúde bucal - Procedimentos Coletivos (PC) na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.



Nota-se uma tendência de melhora, não proporcional, para os indicadores de saúde bucal quando comparados às despesas totais em saúde, a não ser pela cobertura de primeira consulta odontológica (Gráfico 5).

Considerações finais

Parte-se do pressuposto, que apesar de necessário o aumento dos investimentos em saúde, certas questões devem ser discutidas: qual a relação das DTS com planejamento de ações em saúde e organização do trabalho (gestão)? Quanto de investimento das DTS é direcionado aos programas de saúde bucal? Quanto o

Gráfico 5*: Tendências lineares de indicadores de saúde bucal e despesas totais em saúde na DIR V - Osasco de 2000 a 2004.

* Para melhor visualização e apresentação, no gráfico, os resultados obtidos da razão foram multiplicados pelo fator 10.

SLOPS está sendo usado como instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS?

O aprofundamento nestas questões é necessário para que se compreenda o processo de investimento em saúde bucal e a utilização dele como ferramenta de gestão, direcionando-se os investimentos para as necessidades latentes e procurando, com isto, diminuir as expressões das desigualdades sociais no âmbito da saúde bucal.

Referências Bibliográficas

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DE 1998. **Emenda Constitucional nº 29**, de 2000. Brasília: Diário Oficial da união nº 178 E, 14 de setembro de 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE. **Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde; elaboração de Ana Cecília de Sá Campello Faveret...[et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. UNIDADE DE GERENCIAMENTO DO BRASIL, DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO, DEPARTAMENTO DE REDUÇÃO DE POBREZA E GESTÃO ECONÔMICA, REGIÃO DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE. RELATÓRIO Nº. 36601-BR. DOCUMENTO DO BANCO MUNDIAL. **Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos**, 2007.

CAMPOS, G W S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

CNPq. **Relatório Científico do Projeto "Observatório de Saúde Bucal Coletiva. Construindo a Cidadania na Saúde"**, 2007.

DATASUS. Disponível em [http://: www.datasus.gov.br]. Acessado em maio de 2005.

FERNANDES, L S & PERES, M A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Rev Saúde Pública**, 39(6): 930 - 6, 2005.

FERNANDES, M.A.; OLIVEIRA, M.M.S.; AYUB, C.A.; ROCHA, D.C.C.; RIBEIRO, J.A.C; AQUINO, L M C. **Gasto Social das Três Esferas de Governo: 1995. Texto para Discussão** n. 598. Ipea: Brasília, 1998.

MENDES, A & MARQUES, R. Sobre a economia da saúde. In: CAMPOS, G W S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

POCHMANN, M. **O Trabalho sob Fogo Cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 2002.