

Análise dos custos da saúde bucal na atenção básica no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco

Cost analysis of oral health in primary care provided in the city of Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brazil

José Eudes de Lorena Sobrinho¹, Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo²

RESUMO

Objetivo: Analisar os custos da saúde bucal na atenção básica no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco, no ano de 2010. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de caso, onde foi utilizada a metodologia do custeio por absorção, sendo somados os custos com recursos humanos, com materiais odontológicos e de pensos com finalidade odontológica, com manutenção de equipamentos odontológicos e os custos prediais das unidades de saúde. Calculou-se o percentual do financiamento por ente federativo (União, Estado e Município), o custo médio do procedimento odontológico e o custo médio da saúde bucal de atenção básica por habitante. Estabeleceu-se a representatividade do custo total sobre a despesa com a atenção básica e sobre a despesa total com saúde. **Resultados:** O custo total foi de R\$ 1.340.307,80, sendo 85,6% (R\$ 1.147.048,00) referentes aos recursos humanos, 8,5% (R\$ 114.000,00) à manutenção de equipamentos, 3,2% (R\$ 42.635,27) aos custos prediais e 2,7% (R\$ 36.624,53) aos recursos materiais. Quanto às fontes de financiamento, 37,5% dos recursos foram provenientes da União e 62,5% do próprio Município. Não se observou repasse de recursos provenientes do Estado. O custo médio do procedimento foi de R\$ 14,88 e o custo médio da saúde bucal de atenção básica por habitante foi de R\$ 17,61. O custo total representou 15,3% da despesa total com atenção básica e 6,7% da despesa total com a função saúde. **Conclusão:** os custos com recursos humanos foram os mais representativos, sendo esta uma limitação para a ampliação da cobertura do serviço, diante da Lei de Responsabilidade Fiscal. O modelo de pacto federativo brasileiro continua conferindo ao município a maior responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços de saúde bucal, ainda que estes tenham baixa representatividade nos custos com a saúde.

Descritores: Economia da saúde. Atenção primária à saúde. Saúde bucal.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”¹, houve significativo aumento dos repasses federais aos municípios para o financiamento das ações e serviços de saúde bucal. Apesar disto, há destinação de grande parte do tesouro municipal, na efetuação da necessária contrapartida, para tornar possível a execução das atividades odontológicas.

O modelo brasileiro de pacto federativo possui esta característica de descompasso entre as capacidades financeiras e as atribuições das três esferas de governo, onde os estados e municípios demandam uma maior participação nas receitas públicas para a saúde, com excessiva ingerência da União sobre a autonomia do gasto público². Mesmo nos países mais ricos, a despesa da atenção à saúde é cada vez mais elevada e os recursos continuam sempre escassos frente ao crescente volume das necessidades em saúde³. No Brasil, esta questão assume uma

dimensão mais crítica na medida em que se enfrenta uma insuficiente demanda de recursos públicos para a saúde (3,2% do PIB).

Isso torna urgente a realização de estudos de avaliação econômica, em particular sobre a formação dos custos em saúde, de modo a subsidiar intervenções que contribuam para a utilização mais racional dos recursos. Ao identificar e mapear problemas e oportunidades pode-se auxiliar na seleção das intervenções mais custo-efetivas e agregar elementos para alterações e aprimoramento das políticas de saúde, aumentando a eficiência e efetividade dos serviços e a qualidade do cuidado em saúde prestado⁴.

Estudos de Avaliação Econômica podem ser dos tipos Total e Parcial. Na Avaliação Econômica Total são comparadas opções de intervenções em saúde quanto aos custos de produção dos bens e serviços e quanto aos seus resultados. Quanto à metodologia empregada, estes estudos podem ser de custo-utilidade, custo-eficácia, custo-eficiência,

¹ Associação Caruaruense de Ensino Superior (Faculdade ASCES), Caruaru, PE, Brasil.

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

Contatos: eudeslorena@hotmail.com, ag.santo@yahoo.com.br

entre outros. Nos estudos de Avaliação Econômica Parcial, são examinados custos ou resultados, sem comparações entre intervenções⁵.

Entre os estudos de custos em saúde ganham relevância aqueles voltados para a produção de serviços, com predominância de trabalhos realizados em unidades hospitalares. Por se tratar de serviços de grande porte, observa-se nos hospitais a existência de setores estruturados para o registro, contabilização e análise do grande volume de recursos movimentados, o que facilita o desenvolvimento de pesquisas nesta área.

Em decorrência da necessidade de estruturação para o gerenciamento das unidades e serviços de saúde da Atenção Básica, os gestores municipais preocupam-se em estender o modelo de análise de custos adotado por serviços hospitalares. A descentralização de atribuições para a esfera municipal de gestão, ocorrida com a implantação do Sistema Único de Saúde, fornece aos gestores a função de viabilizar ações e serviços com recursos públicos, o que requer decisões baseadas em informações confiáveis e de interesse estratégico⁶.

A produção nacional de trabalhos científicos sobre apuração de custos da Atenção Básica tem-se mostrado modesta ao longo destes mais de vinte anos de vigência do SUS^{7,8}. Em se tratando de estudos específicos para a apuração de custos na área da Saúde Bucal, há uma escassez no componente da Atenção Básica que se deve, provavelmente, a sua implementação mais recente como política e, conseqüentemente, a posterior inserção da Equipe de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Ressalta-se ainda que para a execução de tais métodos de apuração de custos é necessária uma investigação detalhada de uma organização, provendo uma análise do contexto e dos processos envolvidos. Ao se considerar a complexidade que envolve a contabilidade gerencial e a administração, pode-se enxergar o estudo de caso como um método de pesquisa de grande importância para esta área do conhecimento⁹.

Deste modo, o objetivo da pesquisa foi analisar os custos da saúde bucal na atenção básica, no município da Vitória de Santo Antão, estado de Pernambuco, no ano de 2010 calculando a representatividade percentual do custo total sobre a despesa com a atenção básica em saúde e sobre a despesa total com saúde do município, verificando a partição dos itens (recursos humanos, recursos materiais, manutenção de equipamentos e custos prediais) na sua composição e calculando o custo médio por procedimento e por habitante cadastrado nas Equipes de Saúde Bucal, ainda apresentando a participação dos entes federativos no custeio da Saúde Bucal de Atenção Básica.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo de caso foi desenvolvido no município da Vitória de Santo Antão, localizado na zona da mata do estado de Pernambuco, com uma população estimada em 130.540 habitantes. Integrante da 1ª Região de Saúde de Pernambuco, o município possui 26 Equipes de Saúde da Família implantadas (71,37% de cobertura), sendo 20 com Saúde Bucal.

Nesta pesquisa realizou-se a análise dos custos das intervenções de Saúde Bucal, sem comparação a qualquer alternativa e sem mensuração das conseqüências, caracterizando-se, portanto, como um estudo de Avaliação Econômica Parcial. Utilizou-se a metodologia do custeio por absorção, a qual faz apropriação integral de todos os custos (diretos, indiretos, fixos e variáveis) aos produtos/serviços finais. Este é o único método aceito pela legislação brasileira¹⁰.

Através do somatório de quatro blocos de custos identificados como: 1) Custos com Recursos Humanos; 2) Custos com Materiais Odontológicos e Pensos com finalidade odontológica; 3) Custos com Manutenção de Equipamentos Odontológicos; e 4) Custos Prediais das Unidades de Saúde, se calculou o Custo Total da Saúde Bucal na Atenção Básica para o ano de 2010, considerando dados consolidados na Secretaria Municipal de Saúde referentes às 20 Equipes de Saúde Bucal implantadas no município. Foi mensurado, ainda, o percentual destes blocos sobre o Custo Total da Saúde Bucal na Atenção Básica.

Os Custos com Recursos Humanos foram obtidos a partir da totalização de provimentos salariais dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal das Equipes de Saúde Bucal, de acordo com a Folha de Pagamentos do Departamento de Recursos Humanos para o ano de 2010. Outras categorias profissionais não foram incluídas no cálculo para que não houvesse um superdimensionamento da categorização “profissionais da saúde bucal”.

Os Custos com Materiais Odontológicos e Pensos com finalidade odontológica foram identificados mediante o consolidado anual do quantitativo de itens solicitados pelas 20 Equipes de Saúde Bucal do município, inferindo-se sobre este os valores unitários da aquisição dos mesmos referentes ao último Processo Licitatório.

Por meio da consulta aos valores pagos no ano de 2010 à Equipe de Manutenção de Equipamentos Odontológicos contratada pela Secretaria Municipal de Saúde foi possível se calcular o Custo com Manutenção de Equipamentos Odontológicos.

Para se obter os Custos Prediais das Unidades de Saúde foram considerados os valores pagos no ano de 2010 referentes ao consumo de água e energia

elétrica das 20 Unidades nas quais as Equipes de Saúde Bucal estavam vinculadas. Estes foram considerados de uso total pela Equipe de Saúde Bucal, em razão das dificuldades de se estabelecer normas para rateio destes valores, pois existe certo grau de imprecisão, ou inexatidão, no valor do custo dos recursos indiretos que é atribuído a cada produto.

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

Para se identificar o Custo Médio do Procedimento Odontológico, o Custo Total encontrado foi rateado pelo número de procedimentos odontológicos realizados por Equipe de Saúde Bucal, cujos dados foram consultados através do acesso ao Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

Com relação ao Custo Médio da Saúde Bucal na Atenção Básica por Habitante, este foi calculado por meio do rateio de acordo com o número de habitantes cadastrados por Equipe de Saúde Bucal, cujos dados foram consultados através do acesso ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB/SUS).

Com o objetivo de identificar a representatividade do Custo Total da Saúde Bucal na Atenção Básica na Despesa Total com a Saúde e na Despesa Total com Atenção Básica, foram consultados os dados do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

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

RESULTADOS

O custo total foi de R\$ 1.340.307,80, sendo 85,6% (R\$ 1.147.048,00) referentes aos custos com recursos humanos, 8,5% (R\$ 114.000,00) à manutenção de equipamentos, 3,2% (R\$ 42.635,27) aos custos prediais e 2,7% (R\$ 36.624,53) aos custos com recursos materiais.

Segundo dados do SIOPS, a despesa total com atenção básica no ano de 2010 no município da Vitória de Santo Antão foi de R\$ 8.730.000,00 e a despesa total com a função saúde foi de R\$ 20.000.000,00.

Assim, a despesa total da saúde bucal na atenção básica representou 6,7% da despesa total com atenção básica e que esta representou 22,9% da despesa total com a função saúde, no município, para o ano de 2010. A representação da despesa total da

saúde bucal na despesa total com a função saúde foi de 15,3%.

Foram realizados 90.038 procedimentos odontológicos, desde atividades clínicas individuais até àquelas de natureza coletiva. Houve uma predominância dos procedimentos agrupados em Promoção e Prevenção em Saúde Bucal (42,2%) e Consulta Odontológica (27,5%), sendo aqueles da Endodontia Básica (2,2%) os de menor significância.

O custo médio do procedimento foi estimado em R\$ 14,88. Identificando-se que o total de habitantes cadastrados nas Equipes de Saúde Bucal foi de 76.073, o custo médio da saúde bucal da atenção básica por habitante cadastrado foi de R\$ 17,61.

Quanto às fontes de financiamento, considerando que o repasse federal, através do Piso da Atenção Básica Variável de Saúde Bucal foi de R\$ 502.000,00 para o ano de 2010, e que houve uma ausência em repasses estaduais para ações específicas de Saúde Bucal, a contrapartida do município foi de R\$ 838.307,80. Portanto, a participação da União foi de 37,5% e a do Município 62,5%.

DISCUSSÃO

Corroborando com estudos encontrados na literatura^{7,13-15}, o bloco de despesa com maior representatividade na composição do Custo Total foi o de Recursos Humanos, o qual significou, nesta pesquisa, um percentual de 85,6%. Apesar da existência de uma variação nos provimentos salariais dos cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal inseridos na Estratégia de Saúde da Família entre os diversos municípios, este percentual tende a permanecer elevado em comparação aos demais itens de despesa.

Resultados encontrados na pesquisa de Moimaz et al¹⁶ direcionam que a aplicação dos recursos na saúde bucal é voltada à compra de materiais e, conforme afirmado por Sousa⁸, os Recursos Materiais representam o segundo maior percentual de gastos nas Equipes de Saúde da Família, superado apenas pelos gastos com Recursos Humanos, apresentando uma tendência crescente em todas elas.

Os dados obtidos em Vitória de Santo Antão/PE diferem dos encontrados em outros trabalhos¹³ no sentido da ordenação dos blocos mais dispendiosos: Recursos Materiais foi considerado o item menos oneroso, com uma real impossibilidade se aproximar daquele classificado como de maior ônus.

Dadas as dificuldades em se estabelecer um método de rateio dos custos prediais plausível com os objetivos deste estudo, pesquisas em Unidades de Saúde com finalidade apenas odontológica, como o caso dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) poderiam ser de bom uso para se conhecer os custos prediais envolvidos nas Ações e Serviços de

Saúde Bucal.

Os resultados permitiram também identificar os “Custos Prediais” como o terceiro mais dispendioso, superado por “Custos Materiais” e “Custos com Recursos Humanos”, com uma diferença de 0,5%, o que contraria os conteúdos encontrados na literatura científica.

O bloco “Manutenção de Equipamentos” foi o segundo mais representativo na composição do Custo Total, contrariando estudos^{7,13} onde os Recursos Materiais ocupam esta posição. É válido ressaltar, porém, que o componente “Manutenção de Equipamentos” não foi considerado para o cálculo do Custo Total, sendo considerado um fator limitante, visto que as ações e serviços de saúde bucal, sobretudo as atividades clínicas, estão na dependência de diversos equipamentos odontológicos.

O custo médio da Saúde Bucal por habitante cadastrado nas Equipes de Saúde Bucal implantadas no município da Vitória de Santo Antão foi da ordem de R\$ 17,61 (dezessete reais e sessenta e um centavos)/ano. Apesar da relevância desta informação, é importante pontuar que existe uma grande demanda reprimida dentro deste total de habitantes cadastrados, posto que o acesso às ações e serviços de saúde bucal ainda não é ideal, ou seja, não é dado de maneira universal e igualitária. Portanto, a análise do custo médio é feita com base no total de habitantes cadastrados e não no total de habitantes que fazem uso efetivamente do serviço odontológico.

Os critérios de repasse de verbas, fundo-a-fundo, como incentivo à Saúde Bucal de Atenção Básica levam em consideração o número de Equipes de Saúde Bucal implantadas no município e não o número de habitantes cadastrados nas mesmas. Caso um novo critério de cálculo fosse implantado, maior aporte de recursos financeiros seria destinado ao setor odontológico, propiciando uma repartição de gastos mais equilibrada entre os entes federados.

No concernente ao Custo Médio do Procedimento, é oportuno ressaltar que a lista do Sistema de Informações Ambulatoriais conta com trinta e sete tipos de procedimentos de saúde bucal, os quais não tiveram seus custos unitários calculados. Diferentes valores são aportados por cada item em função do grau de complexidade e consequentes necessidades distintas de materiais, instrumentais e equipamentos odontológicos.

Há de se considerar que houve predominância dos procedimentos ligados aos grupos “Promoção e Prevenção” (22.427) e “Consulta Odontológica” (21.805), correspondendo a 62,3%, os quais apresentam menor custo em comparação aos demais tipos por necessitar de baixo número de itens de consumo. Este fato auxilia a compreensão do valor encontrado e reitera que, em situações nas quais

haja uma predominância das atividades clínicas (Dentística, Periodontia, Endodontia e Cirurgia), o custo médio do procedimento tende a ser maior do que o encontrado nesta realidade local pela complexidade dos procedimentos.

A participação do Governo Federal no Custo Total da Saúde Bucal foi de 37,5% e a do Governo Municipal de 62,5%. Os achados contrariam os de Rocha Filho (2005), o qual estimou que o repasse federal cobria 60% do gasto com a Equipe de Saúde da Família; e os de Rosa (2008), a qual evidenciou que o Governo Federal contribuiu com 82% das receitas, seguido do município (17%) e do Estado (1%) na composição do Custo Total com a Equipe de Saúde da Família, em Santo Antônio de Jesus/BA.

Nóbrega¹² considera que a partir da criação do SUS, houve uma tendência ao crescimento das despesas com saúde, principalmente porque a transferência de recursos federais para os estados e municípios passou a ser realizada de forma direta. A partir do processo de descentralização, os municípios passaram a ter mais autonomia de gestão, passando a assumir de maneira mais participativa o financiamento das ações e serviços de saúde.

Para Arretche¹⁷, os termos descentralização e autonomia não traduzem as realidades locais para a execução das políticas sociais e têm grande potencial de produzir resultados distintos daqueles esperados pelos seus defensores, caso não haja um processo de regulação eficiente. Fatores importantes para a qualidade da gestão local seriam: adequado aporte de recursos financeiros, fortalecimento da capacidade gestora dos governos e a satisfação das necessidades de saúde de cada realidade local.

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

Com essa reorganização da saúde bucal e contextualização da mesma na saúde coletiva como um todo, se observa o aumento de repasse de recursos principalmente a partir do ano de 2000, com um acréscimo de recursos em todas as áreas de complexidade e ênfase nos procedimentos básicos¹⁴.

Apesar disto, o município continua sendo o maior provedor dos recursos financeiros para o custeio das ações e serviços de Saúde Bucal, o que representou, neste estudo, 15,3% do Custo Total da Atenção Básica e 6,7% da Despesa Total com Saúde.

É importante destacar que a viabilidade desta pesquisa foi garantida em razão de não se ter uma

deficiência no nível da sistematização das informações necessárias, evidenciando a importância do registro dos dados para que análises desta linhagem possam ser proferidas, favorecendo a própria gestão da saúde.

Cabe aqui apontar algumas sugestões da Organização Panamericana da Saúde¹⁸ que podem ser aplicadas em diversos níveis de governo, para que haja uma estabilidade dos custos dos serviços do setor: a realização de ações em consonância com as necessidades da população; a combinação de recursos, segundo as circunstâncias de cada caso, dando preferência ao uso dos recursos mais abundantes; o aproveitamento máximo dos recursos, evitando-se a má utilização e procurando que se complementem entre si, sempre que seja possível, e que sirvam ao maior número de usuários; a economia na aquisição de certo tipo de produto e o uso adequado de incentivos.

As contribuições ainda alcançam o campo da atuação das equipes técnicas dos vários níveis de governo na otimização dos gastos públicos e na efetivação do controle social, e favorecem a própria reflexão dos gestores e equipes de saúde bucal no concernente ao processo de avaliação de desempenho.

Os resultados deste estudo de caso reafirmam a necessidade de provocar mudanças substanciais no modelo de pacto federativo no Brasil, pois este continua conferindo ao município a maior responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços de saúde bucal, apesar do significativo aumento dos repasses federais através da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente.

CONCLUSÕES

Os custos com recursos humanos foram os mais representativos, sendo esta uma limitação para a ampliação da cobertura do serviço, diante da Lei de Responsabilidade Fiscal. O modelo de pacto federativo brasileiro continua conferindo ao município a maior responsabilidade pelo financiamento das ações e serviços de saúde bucal, ainda que estes tenham baixa representatividade nos custos com a saúde.

Não foi identificada a participação do Estado no financiamento da saúde bucal no município, revelando que se faz urgente repactuar as atribuições e responsabilidades dos entes federados para a saúde bucal, visto que esta tem baixa representatividade nos custos com a função saúde e nos custos com a atenção básica, mas confere resultados consideráveis em termos de quantidades de procedimentos gerados, melhorando a situação da saúde da população.

ABSTRACT

Aim: To analyze the cost of oral health in primary care provided in the city of Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brazil in 2010. **Materials and Methods:** This case study employed the methodology

of absorption costing, which was carried out by calculating the costs incurred with human resources, with dental materials and dressings, with the maintenance of dental equipment, and with the overall building costs incurred for health facilities. This study calculated the percentage of funding provided by federal agencies (Federal, State, and City), the average cost of dental procedures, and the average cost of basic oral health care per capita. This study also determined the representativeness of the total burden referent to expenses with primary care and total expenses stemming from healthcare costs.

Results: The total cost was R\$1,340,307.80, with 85.6% (R\$ 1,147,048.00) used for human resources, 8.5% (R\$114,000.00) for equipment maintenance, 3.2% (R\$ 42,635.27) for building costs, and 2.7% (R\$ 36,624.53) for material resources. Regarding funding sources, 37.5% of the funds were from the federal government, whereas 62.5% were from the local government. No funds were transferred from the state. The average cost of the procedure was R\$14.88, while the average cost of basic oral healthcare per capita was R\$17.61. The total cost represented 15.3% of the total expenditure on primary healthcare and 6.7% of the total expenditure on healthcare activities. **Conclusion:** Costs of human resources were the most representative, which creates a limitation to the expansion of healthcare service coverage, as set forth in the Fiscal Responsibility Law. The model of the Brazilian federative pact continues to grant the municipalities the greater part of responsibility concerning funding for oral healthcare activities and services, even if these represent a lesser portion of the overall healthcare costs.

Uniterms: Economics of health. Primary health care. Oral health.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Faveret ACSC. A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2003; 8(2):371-8.
3. Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 1995.
4. Ministério da Saúde; Secretaria Executiva Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação econômica em saúde: desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
5. Ministério da Saúde; Secretaria de Ciência,

- Tecnologia e Insumos Estratégicos; Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
6. Arretche MTS. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados* 2010; 53(3):587-620.
 7. Rocha Filho FS. Análise de custos com pessoal e produtividade de equipes do programa de saúde da família em Fortaleza, Ceará. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):919-28.
 8. Sousa MHL. Análise dos custos do Programa Saúde da Família: o caso de Crateús (CE) [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2000.
 9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
 10. Martins E. Contabilidade de custos. 10ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
 11. Ferreira CA, Loureiro CA. Economia em saúde com foco em saúde bucal: revisão de literatura. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(4):55-65.
 12. 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;15 Suppl 1:1763-72.
 13. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o PSF em um município da Bahia? *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(3):1863-73.
 14. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(11):2727-39.
 15. Traebert J. Implicações de custo financeiro e recursos humanos em assistência odontológica no Brasil segundo o modelo escandinavo. *Rev Saúde Pública* 1996; 30(6):519-26.
 16. Moimaz SAS, Garbin CAS, Garbin AJI, Ferreira BF, Gonçalves PE. Desafios e dificuldades do financiamento em saúde bucal: uma análise qualitativa. *Rev Adm Pública*. 2008; 42(6): 1121-35.
 17. Arretche, MTS. Continuidades e discontinuidades da Federação Brasileira: de como 1988 facilitou 1995. *Dados* 2009; 52(2):377-423.
 18. Organização Pan-Americana de Saúde. Saúde nas Américas: 2012. Washington, D.C.: 2012. (OPAS, Publicação científica e técnica, n.636)