

# ANÁLISE DAS RELAÇÕES ENTRE PRESTADORES DE SERVIÇOS E OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS: VISÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Fernanda Cristina Bertram de Moraes<sup>1</sup>

Mirelle Finkler<sup>2</sup>

Daniela Garbin Neumann<sup>3</sup>

João Carlos Caetano<sup>4</sup>

## RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e transversal, de cunho quantitativo, que buscou conhecer as potencialidades e limitações da Saúde Suplementar sob a visão de cirurgiões-dentistas prestadores de serviços. Por meio de uma correspondência eletrônica, os cirurgiões registrados no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina e com endereço eletrônico foram convidados a participar, respondendo a um questionário *on-line* com questões fechadas e abertas. Os resultados das respostas dos 157 participantes indicaram que o credenciamento interfere na autonomia profissional; a principal insatisfação está relacionada ao baixo retorno financeiro; há diminuição da qualidade do atendimento em comparação ao privado; a maioria pretende se descredenciar. Mas reconhecem que o credenciamento tende a aumentar o fluxo de pacientes, compartilham a preocupação em desenvolver uma assistência ética e consideram que o crescimento do setor é positivo para a população. Tais resultados permitem uma melhor compreensão dos conflitos vivenciados no âmbito da microrregulação da atenção à saúde bucal e apontam para a necessidade de uma intervenção mais direta por parte da Agência Nacional de Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde suplementar. Planos de pré-pagamento em saúde. Odontologia. Mercado de trabalho. Sistema Único de Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A partir de 1988, o sistema de saúde brasileiro passou a abarcar uma proposta de seguridade social universalista, garantida constitucionalmente. Um importante marco civilizatório na trajetória histórica brasileira, mas que chega à atualidade ainda subfinanciado e sem dispor de serviços integrais de assistência à saúde para toda a população, situações que tendem a se agravar em muito com as propostas do governo que tomou o poder no último mês

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: nandise@gmail.com

<sup>2</sup> Doutorado em Odontologia (Odontologia em Saúde Coletiva) pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil (2009), Professora Permanente da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. E-mail: mirellefinkler@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1996), Especialização em Odontologia do Trabalho (2005), Mestrado em Odontologia em Saúde Coletiva (2007) e Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva (2014) pela Universidade Federal de Santa Catarina, com período sanduíche na Universidade de Toronto, Canadá. Trabalhou como professora voluntária na disciplina de Interação Comunitária I do curso de Odontologia da UFSC e como professora substituta no Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia do Centro de Ciências Biológicas da UFSC.

<sup>4</sup> Doutorado em Odontologia (Odontologia Social) pela Universidade Federal Fluminense, Brasil (1993) Pesquisador da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. E-mail:

de maio, e que pretende transformar o Sistema Único de Saúde (SUS) em um sistema residual para os muito pobres. Trata-se de um retorno às políticas neoliberais da década de 1990, com o objetivo de desmontar o sistema público para beneficiar ainda mais o setor privado que trata a saúde como uma mercadoria altamente lucrativa (RIZZOTO, 2016).

A representatividade do setor privado no sistema de saúde brasileiro pode ser evidenciada com a crescente expansão do setor de planos privados de saúde e com o aumento dos gastos privados das famílias com planos de saúde (GARCIA et al, 2015). O número de beneficiários de planos de assistência médica com ou sem cobertura odontológica passou de 31 milhões em 2000 para mais de 50 milhões em março de 2014. Na Odontologia, a expansão deste segmento se mostra ainda mais evidente, uma vez que o número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos saltou de pouco mais de 2 milhões em 2000, para mais de 20 milhões em 2014. A Odontologia de Grupo é a modalidade que conta com o maior número de beneficiários, seguida pela Cooperativa Odontológica (BRASIL, 2014a).

Vale ressaltar que a Constituição prevê a participação do setor privado no sistema público de saúde, afirmando que a assistência à saúde é livre para a iniciativa privada, mas que as instituições privadas podem participar de forma complementar do SUS (BRASIL, 1988). Esse modelo deveria possibilitar ao Estado, através da Agência Nacional de Saúde (ANS), monitorar, avaliar e impor medidas corretivas sempre que necessárias, buscando qualidade, eficiência e efetividade na prestação dos serviços de saúde no âmbito do setor denominado de Saúde Suplementar (SS) (RIBEIRO et al, 2008).

Contudo, a SS tem se configurado como um fator gerador de iniquidades no acesso de serviços de saúde, uma vez que cobre apenas grupos populacionais elitizados (AZEVEDO et al, 2015) e se beneficia das deduções no Imposto de Renda. Uma forma de subsídio público altamente regressivo por beneficiar as pessoas com maior renda, ao mesmo tempo em que reduz a capacidade de financiamento do SUS. Assim, os planos de saúde tampouco contribuem para a consecução dos objetivos de universalidade e integralidade do SUS ou para a melhoria das condições de vida da população (GARCIA et al, 2015).

A ANS tem trabalhado em três principais perspectivas: a análise da capacidade das operadoras de se estabelecerem no mercado, honrando com seus compromissos na prestação de serviços de assistência à saúde; a garantia dos direitos dos beneficiários pela regulamentação das relações contratuais e de consumo; e a regulamentação das coberturas oferecidas (MALTA et al, 2004). No entanto, existe um campo de atuação em que a ANS não interfere: o campo microrregulatório, ou seja, o que engloba as relações entre operadoras, prestadores de serviço e beneficiários. Estas relações são muitas vezes entremeadas por

**Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 37-53, set./dez. 2016.**

disputas de poder, geralmente com as empresas impondo regras aos demais envolvidos de acordo com seus interesses econômicos (NEUMANN, 2015; DAROS et al, 2016).

O descontentamento dos profissionais é notório e perceptível, especialmente pela movimentação de suas entidades representativas na busca por melhores condições de trabalho e remuneração. Neste contexto, os cirurgiões-dentistas (CD) brasileiros, ao se tornarem prestadores de serviço das operadoras odontológicas, convivem com a insatisfação em relação aos valores pagos pelos procedimentos cobertos e aos prazos de pagamento (D'AVILA et al, 2007). A insatisfação se materializa na forma de paralisações em nível nacional e contam com o apoio de entidades profissionais (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ODONTOLOGISTAS E ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA), nas quais se busca principalmente a valorização do profissional e a criação de um meio de comunicação entre CD, beneficiários e operadoras.

Os CD que atuam no âmbito privado enfrentam um mercado de trabalho altamente competitivo, e se veem “obrigados” a sucumbir perante as imposições das operadoras, que acabam por interferir em sua autonomia no exercício da profissão (VILELA et al, 2010). Esta configuração do mercado parece ter transformado o cirurgião-dentista – ex-profissional liberal - em prestador de serviço assalariado (GARBIN et al, 2013), vulnerável às oscilações da oferta de emprego e renda (NUNES, LELES, GONÇALVES, 2010).

Um amplo e pioneiro estudo sobre o modelo de atenção à saúde bucal praticado na SS constatou que apesar das operadoras serem responsáveis pela assistência à saúde de uma parcela, muito significativa, da população, uma de suas principais preocupações, se não a maior, é com a própria “saúde financeira”. As diferentes práticas de gestão de preços observadas e o modelo de atenção praticado evidenciam um claro processo de mercantilização da atenção à saúde bucal, priorizando a lucratividade e não a qualificação dos serviços (NEUMANN, 2015).

Apesar da relevância para a saúde da população e para as próprias categorias profissionais, trata-se de temática ainda insuficientemente explorada na Odontologia. As poucas pesquisas que analisaram as consequências da inserção dos CD na SS, sob a ótica dos próprios profissionais (D'AVILA et al, 2007; VILELA et al, 2010; NUNES, LELES, GONÇALVES, 2010), tiveram como sujeitos de pesquisa profissionais de determinadas cidades, credenciados a uma operadora específica.

Diante deste contexto, torna-se relevante explorar de forma mais abrangente a interface das relações entre operadoras, prestadores e beneficiários do segmento odontológicos. O presente estudo buscou identificar as razões que levam os profissionais a se vincular às

**Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 37-53, set./dez. 2016.**

operadoras odontológicas, bem como as potencialidades e as limitações que este vínculo representa ao exercício da profissão. Ao revelar o grau de satisfação e as expectativas dos cirurgiões-dentistas frente à realidade profissional e salarial, os resultados apresentados permitem uma melhor compreensão do campo microrregulatório da Odontologia na SS, bem como dos caminhos tomados pela profissão odontológica no Brasil, permitindo repensá-los.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, tendo em vista seu objetivo de aproximação de um fenômeno ainda pouco conhecido, em um momento determinado, a partir de dados quantificáveis.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais registrados no Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina (CROSC, 2014), os quais receberam, por meio de correspondência eletrônica enviada pelo próprio Conselho, entre os meses de julho e agosto de 2014, um convite para a participação e o *link* que dava acesso ao instrumento de coleta de dados.

Embora os registros apontem para 10.188 profissionais registrados à época, apenas 7.221 com endereço eletrônico cadastrado puderam ser contatados. O convite solicitava que somente os CD vinculados a pelo menos um convênio/plano de saúde no momento da pesquisa ou anteriormente participassem. Mesmo após ter sido reiterado o convite à participação através das redes sociais do CROSC, apenas 157 profissionais responderam ao questionário. Alguns dos fatores atribuídos ao baixo retorno foram: a desatualização dos *emails* cadastrados, a impossibilidade de controlar o efetivo recebimento dos e-mails e, sobretudo, a falta de interesse/motivação em participar. Também não se desconsiderou possíveis dificuldades no uso da ferramenta eletrônica empregada, uma vez que o instrumento para coleta de dados consistiu em um questionário eletrônico na plataforma *Google Drive*.

O questionário foi composto por questões abertas e fechadas, e foi pré-testado a fim de aperfeiçoamento. Após a coleta de dados, as respostas das questões fechadas foram automaticamente tabuladas pela ferramenta eletrônica e analisados de forma descritiva. Já as respostas das questões abertas foram categorizadas de acordo com seus conteúdos, de modo a complementar as informações indicadas nas respostas fechadas.

A pesquisa seguiu todas as determinações da Res. CNS 466/2012, tendo sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o número 717.483.

### 3 RESULTADOS

A maioria dos participantes identificaram-se como homens (51,6%, 81), embora a Odontologia brasileira seja exercida majoritariamente pelo gênero feminino. Diferentemente de países como Estados Unidos e outros do continente Europeu, no Brasil as mulheres são quase 60% dos profissionais em atuação (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2014). Nesta pesquisa, as mulheres compuseram 48,4% (76) da amostra.

A maioria dos participantes (71,9%, 113) encontrava-se na faixa etária de 30 a 40 anos (41,4%, 65) ou possuíam entre 20 e 30 anos de idade (30,5%, 48), sendo que 53% (76) estavam formados há menos de 10 anos. No que diz respeito ao nível de formação, 62,4% (98) eram especialistas, 7% (11) mestres e/ou doutores, 10% (15) ambos, e apenas 21% (33) eram somente graduados.

Os participantes eram atuantes ou já haviam atuado na SS, sendo que 56% (88) eram ou haviam sido credenciados a planos odontológicos por mais de 5 anos, e os demais (43,9%, 69), há menos de 5 anos. Cerca de um terço da amostra (36,9%, 58) estavam ou haviam estado credenciados na modalidade Cooperativa Odontológica; outra terça parte (33,7%, 53) eram ou haviam sido credenciados a mais de um tipo de modalidade; e 12,7% (20) prestavam ou haviam prestado serviços a Empresas de Odontologia de Grupo e a Operadoras Médicas que oferecem assistência odontológica. Os demais (16,5%, 26) não souberam informar.

Quando questionados sobre a clientela, 57,9% (91) responderam atender majoritariamente pacientes particulares, 20,3% (32). Afirmaram atender principalmente pacientes conveniados e 19,7% (31) mencionaram atender em proporções equivalentes. No que diz respeito à renda, 68% (108) afirmaram que os atendimentos efetuados através dos planos constituem no máximo 25% da renda total, enquanto 3,8% (6) afirmaram que o atendimento de pacientes conveniados é responsável por mais de 75% de sua renda.

Acerca da principal motivação para o credenciamento aos planos odontológicos, a maioria (76,4%, 120) respondeu visar aumento no fluxo de pacientes no consultório ou se tornar mais conhecidos pelos clientes. De fato, os dados obtidos confirmam tal expectativa: após o credenciamento, a clientela particular de 51,5% (81) dos participantes não se alterou, mas 33,7% (53) relataram que a mesma aumentou; 7,6% (12) relataram diminuição e 7% (11) não souberam informar.

Ainda sobre a principal motivação para o credenciamento, outros 12,7% (19) atribuíram à dificuldade de inserção no mercado de trabalho; 6,3% (10) objetivavam garantir um

rendimento mensal ou pagar as despesas fixas do consultório; e 5% (8) indicaram outros motivos.

Quando se questionou sobre as influências na rotina profissional, 45,2% dos participantes não responderam, 9,5% informaram que estar credenciado a operadoras não influi em suas rotinas, e os demais 45,2% atribuíram consequências de forma livre, as quais foram categorizadas e são explicitadas na Tabela 1.

**Tabela 1:** Respostas abertas atribuídas como influências do credenciamento às operadoras na rotina do cirurgião-dentista, em Santa Catarina, 2014.

CATEGORIAS		SUBCATEGORIAS (detalhamento)		
Aumento do fluxo de pacientes	24,2% (38)	Mais pacientes	Fidelização de pacientes	
		19,7% (31)	4,4% (7)	
Inconveniências para o cirurgião-dentista	18,4% (29)	Perda de tempo com burocracias	Pacientes mais difíceis, mais exigentes e que faltam mais	Glosas e Outros
		10,8% (17)	3,8% (6)	1,2% (2) 2,5% (4)
Influência no tratamento do paciente	2,5% (4)	Aumenta o conhecimento e a capacidade de atendimento	Limitações no tratamento	
		0,6% (1)	1,9% (3)	

Fonte: Dos autores (2014)

Conforme se pode observar na Tabela 2, os participantes relataram ausência de autonomia, sobretudo em relação ao planejamento e execução dos tratamentos (13,3%), ainda que a maioria considere uma ausência apenas parcial (50,3%).

**Tabela 2:** Autonomia no exercício profissional de cirurgiões-dentistas credenciados a operadoras, em Santa Catarina, 2014.

AUTONOMIA RELAÇÃO A...	EM	PERÍCIA OBRIGATÓRIA		
		SIM	NÃO	PARCIALMENTE
...planejamento e execução do tratamento		36,3% (57)	13,3% (21)	50,3% (79)
...escolha de materiais a serem utilizados		66,2% (104)	8,2% (13)	25,4% (40)
...escolha dos medicamentos a serem receitados		92,3% (145)	3,8% (6)	3,8% (6)
		11,4% (18)	20,3% (32)	29,2% (46) 38,8% (61)

Fonte: Dos autores (2014)

A maioria dos respondentes (60,9%, 95) afirmou que as operadoras exigem ou exigiam algum tipo de perícia, sendo que 29,2% (46) deles relataram a exigência de perícia inicial e final, situação em que o profissional tem sua autonomia duplamente ferida, pois não há plena liberdade nem para elaborar o plano de tratamento, nem para executá-lo.

Pode-se perceber que o grau de satisfação dos profissionais em ser credenciado aos planos odontológicos está diretamente relacionado à remuneração. Dos participantes, 87,8% (138) afirmaram estar pouco satisfeitos ou insatisfeitos com o credenciamento, e a maioria (72,6%, 114) indica a baixa remuneração como principal motivo de insatisfação. Um total de 73,8% (116) considera ainda que os valores estabelecidos pelas operadoras para os procedimentos são excessivamente baixos (Tabela 3).

**Tabela 3:** Satisfação dos cirurgiões-dentistas quanto ao credenciamento às operadoras e à remuneração pelos planos, em Santa Catarina, 2014.

<b>Satisfação</b>	Totalmente satisfeito	Bastante satisfeito	Pouco satisfeito	Insatisfeito		
	1,9% (3)	10,1% (16)	33,7% (53)	54,1% (85)		
<b>Se totalmente ou bastante satisfeito, principal motivo*</b>	Fluxo de pacientes 9,5% (15)	Rendimento ou cobertura de despesas 4,4% (7)	Inserção no mercado 6% (9)	Outros 4,4% (7)	Não se aplica 5,7% (119)	
<b>Se pouco satisfeito ou insatisfeito, principal motivo*</b>	Baixa remuneração 72,6% (114)	Tempo para pagamento 1,9% (3)	Glosa de procedimentos 3,1% (5)	Dificuldade em aprovar planos 0,6% (1)	Outros 10,1% (16)	Não se aplica 1,4% (18)
<b>Valores pagos</b>	Adequados 0,6% (1)	Baixos 25,4% (40)	Excessivamente baixos 73,8% (116)			

Fonte: Dos autores (2014)

A análise do perfil dos que se declararam insatisfeitos ou pouco satisfeitos revelou não haver predominância entre os gêneros (50,7%, 70, eram do gênero masculino), mas sim em função da idade, do tempo de formado e de credenciamento: 68,8% têm até 40 anos de idade, 79,5% estão formados há menos de 20 anos, e 70,2% estão credenciados a menos de 10 anos.

Já dentre os 12% (19) dos respondentes que indicaram estar totalmente ou bastante satisfeitos, a maior parte se justificaram pelo o aumento do fluxo de pacientes. Coerentemente, ao serem abordados sobre a intenção de se manterem credenciados, a maioria

(76,4%) respondeu que pretende se descredenciar em algum momento, sendo que 52,2% (82) pretendem fazê-lo em um futuro breve, e 24,2% (38) a médio ou longo prazo.

A maioria dos participantes (64,3%, 101) afirmou ser possível atender pacientes particulares (sistema de desembolso direto) e conveniados com a mesma qualidade, sem que sofram qualquer distinção por interferência da forma de pagamento. No entanto, uma considerável parcela (35,6%, 56) relatou haver diferenças, conforme pode ser observado na Tabela 4.

**Tabela 4:** Qualidade de atendimento aos beneficiários segundo cirurgiões-dentistas prestadores, em Santa Catarina, 2014.

Considera possível atender com a mesma qualidade	Sim, da mesma forma	Sim, quase sempre	Não
	46,4% (73)	17,8% (28)	35,6% (56)
Diferenças	Materiais/técnica utilizada	Tempo atendimento	de Outros
	22,2% (35)	19,1% (30)	0,6% (1)
Operadora limita procedimentos	Sim	Não	
	53,5% (84)	46,4% (73)	
Restrições	Preventivos 25,4% (40)		
	Restaurações 15,6% (23)		
	Radiografias 6,3% (10)		
	Consultas		
	Limite financeiro 5% (8)		
	Consultas 3,1% (5)		
	Todos 2,5% (4)		
	Outros 8,2% (13)		

Fonte: Dos autores (2014)

Uma destas diferenças relaciona-se à diferenciação de materiais ou técnica utilizadas. Dentre aqueles que alegaram fazer essa diferenciação (22,2%, 35), alguns afirmaram utilizar, ao atenderem pacientes conveniados, materiais restauradores de qualidade inferior, e outros, técnicas endodônticas simplificadas. Em segundo lugar, apareceu a diferenciação no tempo das consultas (19,1%, 30), com consultas mais curtas para os beneficiários de planos em comparação ao tempo dedicado às consultas dos demais.

Ainda no âmbito da ética, os participantes foram questionados sobre a “indução de demanda” - prática de incluir no plano de tratamento ou no registro dos procedimentos realizados tratamentos desnecessários ou não realizados, a fim de se obter vantagem financeira, uma vez que os prestadores são pagos por produtividade em termos quantitativos (COVRE, ALVES, 2002). A maioria dos participantes (78,3%, 123) relatou já ter ouvido falar a respeito, e deles, 45,8% (72) acreditam que seja uma conduta frequente.

No que diz respeito à limitação de procedimentos, 53,5% (84) dos participantes afirmaram que há limitações impostas pelas operadoras, enquanto 46,4% (73) negaram a existência dessa prática. Dentre os procedimentos listados, os mais limitados são: procedimentos de prevenção - incluem raspagem, profilaxia, aplicação de flúor e instruções de higiene (25,4%, 40); procedimentos restauradores (14,6%, 23) e radiografias (6,3%, 10).

Observaram-se poucas informações por parte dos prestadores em relação à existência e ao papel da ANS: uma minoria (31,8%, 50) declarou conhecer a atuação desse órgão e compreender a interferência que exerce em sua própria atuação profissional. As expectativas dos cirurgiões-dentistas diante do elevado crescimento do segmento odontológico da SS podem ser observadas na Tabela 5.

**Tabela 5:** Expectativas dos cirurgiões-dentistas prestadores frente ao crescimento do segmento odontológico da saúde suplementar, em Santa Catarina, 2014.

<b>Considera positivo para a profissão</b>	Sim, totalmente positivo 1,2% (2)	Sim, parcialmente positivo 26,1% (42)	Não 70,7% (111)	Indiferente 1,9% (3)
<b>Considera positivo para os pacientes</b>	Sim, totalmente positivo 10,8% (17)	Sim, parcialmente positivo 53,5% (84)	Não 33,1% (52)	Indiferente 2,5% (4)
<b>Acredita que possa melhorar as condições de saúde bucal da população</b>	Sim, com certeza 8,2% (13)	Considera possível 44,5% (70)	Considera improvável 27,3% (43)	Não 19,7% (31)

Fonte: Dos autores (2014)

Os resultados evidenciaram uma ambivalência no que diz respeito às consequências do crescimento da saúde bucal na SS: a maioria (70,7%, 111) afirmou que para o CD esse crescimento repercute negativamente, enquanto que para os beneficiários repercute de forma parcial ou totalmente positiva (64,3%, 101).

Quanto ao crescimento da Odontologia na SS e seu possível impacto positivo nas condições de saúde bucal da população, 8,2% (13) têm certeza de que esse crescimento pode trazer melhorias, e 44,5% (70) consideram possível que isso aconteça, constituindo-se, portanto, na maioria da amostra (52,7%, 83). Porém, 27,3% (43) consideram improváveis, ou não acreditam nessa relação - 19,7% (31), totalizando 47% (114). Assim, pouco mais da metade dos sujeitos consideram que esse crescimento impacta positivamente na saúde da população brasileira.

## 4 DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes deste estudo mostrou que se mantém a tendência de que a maioria dos profissionais que atuam como prestadores de serviços junto a empresas de convênios e credenciamentos possuam menor tempo de formação (VILELA et al, 2010), e que há um significativo interesse dos profissionais em buscar aprimoramento no exercício da profissão, conforme outros autores já haviam observado (BASTOS et al, 2003; MORITA; HADDAD; ARAÚJO, 2010; VILELA et al, 2010). Ainda em relação ao perfil dos participantes, a maioria não tem o convênio como principal fonte de renda.

Os resultados relativos às motivações para o credenciamento concordam com os achados de Pietrobon (2010), bem como com os de D'Avila et al (2007), nos quais 43% dos respondentes declararam não ter havido alteração na clientela particular após o credenciamento e 35% declararam aumento.

A justificativa para credenciar-se aos planos odontológicos pela dificuldade de se inserir no mercado de trabalho pode ser compreendida diante da recente expansão do número de cursos de graduação em Odontologia, que levaram a uma multiplicação do número de profissionais se inserindo no mercado a cada ano (PIETROBON, 2010). Aliado a isto, a queda no desembolso direto feito pelas famílias para o pagamento da assistência odontológica (VIEIRA; COSTA, 2008) faz com que o CD, especialmente o recém-formado, veja os convênios como uma alternativa para a baixa rotatividade das clínicas, e como uma necessidade para inserção e sobrevivência no mercado de trabalho. E conforme os dados apresentados, o aumento do fluxo de pacientes (principal motivo apontado para o credenciamento) acontece de fato, uma vez que os convênios trazem ao consultório dos prestadores um maior número de pacientes, sendo responsáveis pela fidelização de outros para o atendimento por desembolso direto.

Conforme visto, dentre as inconveniências causadas pelos credenciamentos, a mais citada foi a perda de tempo com a burocracia. As próprias operadoras reconhecem e admitem a existência e a lentidão dos trâmites burocráticos. Sabe-se que elas fazem inúmeras exigências aos prestadores a fim de supervisionar a qualidade de seus serviços, bem como verificar a legitimidade da necessidade dos procedimentos executados. Para isso, várias delas exigiam um número excessivo de radiografias, autorizações prévias para execução de tratamentos, e preenchimento detalhado de fichas (NEUMANN, 2015). Contudo, a exigência de radiografias com finalidade exclusivamente administrativa foi vedada em 2010

(CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2010), de modo que as operadoras que insistem nesta prática deveriam estar sendo punidas.

No estudo de Vilela et al (2010), 57% dos profissionais relataram problemas relacionados a faltas, atrasos e reclamações quanto à cobertura dos procedimentos de assistência odontológica. Nesta pesquisa, seis participantes mencionaram a percepção de que os pacientes conveniados seriam mais “difíceis e exigentes” que os não conveniados. Embora não se possa com os dados levantados tirar conclusões a este respeito, cabe questionar se esta análise não seria um indicativo de problemas na elaboração dos contratos pelas operadoras, mais especificamente no detalhamento da cobertura, fazendo com que o beneficiário compreenda as limitações do seu plano apenas no momento da assistência.

O controle imposto pelas empresas sobre o processo do trabalho odontológico, provocando mudanças substanciais que acabam por gerar certa frustração nos prestadores de serviços tem sido relatado (D’AVILA et al, 2007; PIETROBON et al, 2008; VILELA et al, 2010; NEUMANN, 2015). A autonomia deveria ser exercida pelo profissional e também pelo beneficiário do plano de saúde ao máximo, nas diversas etapas do tratamento. A obrigatoriedade de autorizações prévias e auditorias pode interferir na tarefa cognitiva inerente ao exercício da profissão - a de diagnosticar e propor diferentes possibilidades de tratamento (NEUMANN, 2015), limitando ao mesmo tempo as escolhas dos beneficiários. Há que se considerar também o problema ético a que tais mecanismos fiscalizatórios remetem ao introduzir um elemento de desconfiança na relação clínica. As operadoras se justificam afirmando possíveis conflitos de interesses por parte dos profissionais ao sobrepor interesses pessoais, como por exemplo vantagens financeiras, aos cuidados à saúde dos beneficiários. Contudo, as próprias operadoras, enquanto empresas que mercantilizam a saúde, garantem por si mesmas a existência do mais importante conflito de interesses entre os atores envolvidos na microregulação: a priorização do lucro sobre a saúde dos beneficiários.

A relação direta entre satisfação dos profissionais em ser credenciado aos planos odontológicos e remuneração já havia sido observada (PIETROBON, 2010). O alto índice de insatisfação - principalmente entre os mais jovens no mercado - é preocupante, pois pode influenciar a qualidade do tratamento realizado (BASTOS et al, 2003; D’AVILA et al, 2007; PIETROBON et al, 2008; VILELA et al, 2010; NEUMANN, 2015). Trata-se seguramente de um dos maiores conflitos no âmbito da microrregulação do segmento odontológico da SS. Neumann (NEUMANN, 2015) constatou que as operadoras estão cientes da insatisfação financeira por parte dos prestadores, mas atribuem aos conflitos com a ANS (a macrorregulação do setor) o não aumento nos valores das tabelas de procedimentos,

**Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 37-53, set./dez. 2016.**

afirmando que os custos relacionados à implementação das ações exigidas pela agência impossibilitariam o reajuste dos valores pagos. Contudo, sabe-se que o segmento odontológico da SS é um dos negócios empresariais mais lucrativos e que o repasse dos valores arrecadados pelas mensalidades pagas pelos beneficiários para investimentos em assistência é menor que 50% (VIEIRA; COSTA, 2008). Evidencia-se, assim, o mercantilismo das operadoras que priorizam a lucratividade a despeito da qualidade dos serviços oferecidos aos beneficiários e das condições de trabalho e remuneração dos prestadores (NEUMANN, 2015).

Como os conflitos mais visíveis nas relações entre CD e operadoras tratam de questões financeiras, tem sido sugerida a adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO) pelas operadoras como solução. Essa classificação foi criada em 2010, exatamente com intuito de servir como referência na reorientação de preços estabelecidos pelos convênios. No entanto, a adoção dessa classificação não condiz com a lógica econômica empresarial de racionalização de custos e maximização de lucro (NEUMANN, 2015), de tal forma que seu emprego continua sendo problemático.

A diferenciação na qualidade do atendimento prestado aos pacientes conveniados em relação aos particulares foi justificada pela baixa remuneração oferecida pelas operadoras. Confirma-se assim sua influência negativa na qualidade do serviço, ainda que tal conduta consista, inclusive, em uma infração ética (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2013). Porém, os dados confirmaram resultados que já indicavam (D'AVILA et al, 2007; VILELA et al, 2010) que não só é possível, mas é mais frequente, oferecer aos pacientes conveniados e particulares a mesma qualidade na assistência prestada. Trata-se, portanto, de uma conduta muito particular, relacionada ao caráter e a ética de cada profissional.

O modelo de atenção à saúde bucal praticado na SS privilegia a assistência individual ao invés da coletiva, o tratamento e a reabilitação ao invés da prevenção (NEUMANN, 2015). Esse fato pode ser constatado nesta pesquisa, visto que entre os procedimentos mais frequentemente limitados pelos planos estão exatamente os que englobam alguma ação preventiva. Trata-se de um problema significativo, pois tal modelo não é efetivo em causar alterações no quadro epidemiológico das doenças bucais na população (NARVAI, 2006). A agência reguladora incentiva à adoção de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças no âmbito da SS, mas embora as operadoras as reconheçam como importantes, não se percebe ênfase na estruturação destes programas no segmento odontológico (NEUMANN, 2015).

Sabe-se que é intenção da ANS aproximar a SS das políticas públicas de saúde, fazendo com que os modelos assistenciais preconizados pelo SUS sejam também norteadores das práticas no setor de planos privados. No entanto, as operadoras odontológicas não vislumbram no SUS um modelo que possa ser reproduzido na SS, nem tampouco entendem a importância da construção de um modelo de atenção em saúde bucal que priorize a qualidade dos serviços ofertados aos beneficiários. Desta forma, as operadoras acabam por atribuir quase que exclusivamente aos prestadores de serviço a responsabilidade pela qualidade da atenção à saúde bucal dos beneficiários. Evidencia-se, então, a importância da ANS em induzir o modelo de atenção à saúde com vistas à integralidade, aperfeiçoando desta forma o setor de SS (NEUMANN, 2015).

Em relação às expectativas sobre a Odontologia na SS, a projeção negativa vislumbrada para o exercício da profissão odontológica pode ser resultante da dificuldade de relacionamento e negociação com as operadoras e do nível de insatisfação encontrado, o que justifica a pretensão de descredenciamento referida anteriormente pela maioria dos participantes.

Os estudos anteriores que buscaram identificar os conflitos na esfera da microrregulação, limitaram-se a analisar a relação CD *versus* Operadoras, sem considerar a agência reguladora do setor. Mas uma análise mais ampliada deste cenário é necessária, haja vista sua atribuição e possibilidade de induzir alterações significativas frente às realidades encontradas. Diante disso, esse estudo buscou analisar o conhecimento dos CD acerca da ANS, constatando sua superficialidade.

Sabe-se que as operadoras de planos odontológicos sentem as mudanças ocorridas no mercado pós-regulamentação e criação da ANS, sendo que a maioria delas considera essas mudanças positivas (NEUMANN, 2015). Por outro lado, os prestadores demonstram desconhecer a influência da ANS no direcionamento das ações regulatórias do setor e a sua interferência, direta ou indireta, no exercício da profissão.

É fato que a ANS interfere pouco nas relações entre os prestadores e as operadoras de planos. Porém, diante das evidentes disputas de interesses, a agência reguladora tem buscado realizar alguns movimentos na área da microrregulação. Foi assim que instituiu, no ano de 2014, o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP), visando estabelecer um canal de diálogo entre operadoras e prestadores de modo que ambos priorizem a qualificação dos serviços prestados, através da promoção de indicadores relativos à adoção de boas práticas, defendendo o interesse público (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014a). Outra medida recente foi a exigência de que as

**Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 37-53, set./dez. 2016.**

operadoras de pequeno e médio porte ofereçam serviços de ouvidoria, assim como já ocorria com as operadoras de grande porte, a fim de garantir a comunicação entre beneficiários e operadoras, permitindo que os primeiros deem sugestões que subsidiem o aperfeiçoamento dos processos de trabalho das operadoras (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2014b). Além disso, a publicação da Lei Federal nº 13.003, no mesmo ano, tornou obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços, os quais devem definir direitos, obrigações e responsabilidades das partes (BRASIL, 2014b).

É possível que o desconhecimento de certos aspectos e peculiaridades do órgão regulador, bem como das operadoras odontológicas (inclusive a modalidade da operadora ao qual se é credenciado), dificulte aos profissionais tomar decisões mais consistentes quanto a sua participação no segmento odontológico da SS. Possivelmente também o fato dos prestadores pouco perceberem a influência do órgão regulador em sua rotina esteja relacionado à ainda tímida intervenção na esfera da microrregulação.

Por fim, cabe reconhecer a maior limitação deste trabalho, relacionada à baixa taxa de respostas ao instrumento de pesquisa. Aqueles que participaram deram uma significativa contribuição ao demonstrar um alto índice de descontentamento no trabalho na SS, embora seja possível supor que justamente estes estavam entre os profissionais mais insatisfeitos com essa realidade. De qualquer forma, a pouca participação levanta a hipótese de um preocupante desinteresse e/ou despolitização da categoria profissional. Por outro lado, a maioria dos profissionais considera que mantêm ou mantinham uma postura ética no trabalho, sem fazer distinção na qualidade do cuidado prestado entre beneficiários de planos e demais pacientes, mesmo porque a decisão de se credenciar a operadoras de saúde é uma escolha do profissional, e ao tomá-la, há que se estar ciente dos valores pré-estabelecidos, bem como da possibilidade de descredenciamento a qualquer momento. Destaca-se a necessidade de valorização e desenvolvimento da dimensão ético-política do trabalho em saúde, que precisa ser iniciado já na graduação, buscando a formação de profissionais mais críticos e socialmente comprometidos, os quais poderiam interferir de forma mais contundente nas relações que ocorrem na microrregulação da SS, bem como na construção dos serviços públicos de saúde brasileiros.

## 5 CONCLUSÕES

Frente aos objetivos deste estudo de identificar os limites, os conflitos e as interdependências que ocorrem nas relações entre operadoras de planos odontológicos e prestadores de serviço, a partir da visão dos últimos, cabe reiterar que os participantes buscam o credenciamento majoritariamente visando aumentar o fluxo de pacientes no consultório ou para se inserirem no mercado de trabalho. Entendeu-se que a redução da autonomia profissional, a burocracia, a baixa remuneração e a limitação de alguns procedimentos foram as maiores limitações vivenciadas pelos prestadores de serviços. Em contrapartida, o aumento do fluxo no consultório, a fidelização de pacientes, e o fato de considerarem o crescimento da odontologia na SS positivo para os beneficiários constituem as principais potencialidades encontradas.

### Agradecimentos

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para coleta e análise dos dados desta pesquisa, contemplada na Chamada Nº 10/2012 MCTI/CNPq/MS - SCTIE - DECIT - Pesquisa em Saúde Bucal.

A Denise Stuart Mussi pela avaliação do artigo e sugestões.

## **ANALYSIS OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN SERVICE PROVIDERS AND OPERATORS OF DENTAL PLANS: VISION OF THE DENTAL SURGEM**

### **ABSTRACT**

This is an exploratory cross-sectional study, with quantitative nature, which has as major goal to know the capabilities and limitations of the Suplimentary Health considering the vision of dentists. Through an email, all Dental Surgeons registered in the Regional Council of Dentistry of Santa Catarina were invited to participate by answering an online questionnaire with closed and open questions. The results of the responses of 157 participants indicated that credentialing interferes with professional autonomy; the main dissatisfaction relates to the low financial return; there is a decrease in the quality of services offered comparing to private services; most of them intend to leave health insurances. However, they recognize that working for these companies tend to increase the patients flow, they share the concern to develop an ethical assistance and they consider that the sector's growth is good for the population. These results make it possible to have a better understanding when it comes to the conflicts between dentists and insurances companies, and they point to the need for a more direct intervention by the National Health Agency.

**Keywords:** Supplementary health. Prepaid health plans. Dentistry. Work market. Unified health system.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **ANSS cria comitê para incentivo às boas práticas entre operadoras e prestadores**. Rio de Janeiro, 4 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2448-ans-cria-comite-para-incentivo-a-boas-praticas-entre-operadoras-e-prestadores>>. Acesso em: 14 out. 2016.

\_\_\_\_\_. **Operadoras com até 100.000 beneficiários tem até o dia 4/5 para cadastrar suas ouvidorias**. Rio de Janeiro, 28 abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/2463-operadoras-com-ate-100-mil-beneficiarios-tem-ate-o-dia-45-para-cadastrar-suas-ouvidorias>>. Acesso em: 14 out. 2016.

AZEVEDO, B. D. S. et al. Reflexão bioética sobre o acesso à saúde suplementar no Brasil. *Acta Bioethica*, Santiago, Chile, v. 21, n. 1, p. 117-125, 2015.

BASTOS, J. R. M. et al. Análise do perfil profissional de cirurgiões-dentistas graduados na Faculdade de Odontologia de Bauru – USP entre os anos de 1996 e 2000. *Journal of Applied Oral Science*, Baurú, SP, v. 11, n. 4, p. 283-9, 2003.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Beneficiários, operadoras e planos de saúde. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, jun., 2014a.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.003, de 24 de junho de 2014. Altera a Lei no 9.961, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 25 jun, 2014b.

CIRURGIÕES-DENTISTAS paralisam atendimentos a usuários de planos de saúde nesta sexta. **Bom Dia SC Online**. Florianópolis, 25 abr. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sc/santa-catarina/bom-dia-santa-catarina/videos/t/edicoes/v/cirurgioes-dentistas-paralisam-atendimentos-a-usuarios-de-planos-de-saude-nesta-sexta/3303698/>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução 102/2010**. Proíbe o uso indiscriminado de raio X. Rio de Janeiro: CFO, 2010. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1446>. Acesso em: 21 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. **Código de ética odontológica: resolução nº 118 de 11 de maio de 2012**. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **Notícias, 2014**. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/8-de-marco-dia-internacional-da-mulher-2/>>. Acesso em: 11 set. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SANTA CATARINA. **Web informativo**, Florianópolis, v. 11, n. 189, abr. 2014.

\_\_\_\_\_. **Dados estatísticos**. 2014b. Disponível em: <<http://www.crosc.org.br/dados-estatisticos>>. Acesso em: 14 out. 2016.

COVRE, E.; ALVES, S. L. Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. **Regulação & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, 2002.

D'AVILA et al. Assistência odontológica x planos de saúde: um estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 7, n. 3, p. 259-63, 2007.

DAROS, R. F et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.525-46, 2016.

GARBIN, D.; MATTEVI, G. S.; CARCERERI, D. L.; CAETANO, J. C. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 441-52, 2013.

GARCIA, L. P. et al. **Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras**: estudo descritivo com dados das pesquisas de orçamentos familiares 2002-2003 e 2008-2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p.1425-34, 2015.

MALTA, D.C.et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 433-44, 2004.

MORITA, M. C.; HADDAD, A.E.; ARAÚJO, M.E. **Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro**. Dental Press: Maringá, 2010.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 141-7, 2006. (Número especial).

NEUMANN. **Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar**: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil. 2014. 262 f. Tese (Doutorado em Odontologia)– Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2015.

NUNES, M. F.; LELES, C. R.; GONÇALVES, M. M. Gênero e escolha por especialidades odontológicas: estudo com egressos de uma universidade pública. **Revista Odontológica do Brasil Central**, Goiânia, v. 19, n. 49, p. 142-45, 2010.

PIETROBON, L. et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1589-99, 2008.

PIETROBON, L. Planos de saúde: Uma análise das relações entre as operadoras, os prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista. 2010. 138f. Tese (Doutorado em Odontologia)–Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

RIBEIRO, M. J. et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1477-87, 2008.

RIZZOTO, M. L. F. Nenhum passo atrás na conquista do direito à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 09, p. 4-7, 2016.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1579-1588, 2008.

VILELA, M. C. et al. Perfil e Grau de Satisfação Profissional de Cirurgiões-dentistas Credenciados a uma Operadora de Planos Odontológicos. **Brazilian Dental Science**, São José dos Campos, SP, v. 13, n. 6, p. 39-44, jan./jun. 2010.

Submetido em: 07/10/2016

Aceito para publicação em: 20/12/2016