

A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO NA ODONTOLOGIA BRASILEIRA

Mirelle Finkler¹
Renata Goulart Castro²
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello³
João Carlos Caetano⁴

RESUMO

A partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, o Estado assumiu a responsabilidade pela saúde no país, tanto por meio da atenção e assistência direta à saúde dos cidadãos, como indiretamente, pela regulação do setor suplementar da saúde. Sendo assim, entender como o público e o privado integram e agem articuladamente na área da saúde e, mais especificamente na Odontologia, contribui para o melhor planejamento e atendimento dos problemas de saúde da população. O objetivo deste artigo é discutir alguns aspectos desta relação que surge das esferas pública e privada na oferta de serviços odontológicos, no sistema de saúde brasileiro, seus limites, conflitos e interdependências. Para tanto, os autores iniciam analisando o público-privado na saúde, tratam da oferta pública e privada dos serviços odontológicos, incluindo questões relacionadas à regulação estatal do setor suplementar, e finalmente, discutem a interface público-privado na assistência odontológica. Concluem que a efetiva melhoria da condição geral de saúde bucal da população dependerá de políticas públicas que tomem em conta a necessidade da coordenação entre o público e o privado, dada a complexidade das interconexões e interdependências entre esses setores.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Odontologia estatal; Regulação governamental; Setor privado; Saúde bucal.

1 INTRODUÇÃO

A saúde e, portanto, a atenção e assistência à saúde, são interpretadas no Brasil como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas e da oferta de serviços universais. Entretanto, o sistema de saúde brasileiro, na sua gênese e desenvolvimento, configura um “sistema segmentado” no qual há uma segregação da clientela

¹Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora Voluntária do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: mirellefinkler@yahoo.com.br

²Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora Substituta do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: renatagcastro@yahoo.com.br

³Doutora em Enfermagem e Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora Substituta do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: alfm@terra.com.br

⁴Doutor em Odontologia Social Sanitarista do Governo do Estado de Santa Catarina. Professor Titular da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: caetano@saude.sc.gov.br

em espaços institucionais específicos e não-comunicantes, afastando-se progressivamente do idealismo dos “sistemas universais” (MENDES, 2001). Operando um sistema segmentado, a cobertura estatal tem sido insuficiente, inclusive em relação à saúde bucal. Esta insuficiência é suprida, parcialmente, por um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos. Nele o financiamento ocorre por desembolso direto dos indivíduos ou mediante intermediação de organizações empresariais e cooperativas que atuam no ramo de planos privados de assistência à saúde, pagos pelo beneficiário e/ou seu patrocinador. Neste último, opera-se em regime de livre competição de mercado regulado pelo Estado. Assim, os preços de equilíbrio definem o segmento de demanda cujo nível de renda e capacidade de pagamento permitirá receber o serviço e, simultaneamente, o segmento populacional dele excluído.

O campo privado é considerado setor suplementar em saúde, pois a ele é disponibilizado espaço para realizar a assistência paralelamente à ação estatal. Deste modo, no atual quadro que conforma o sistema de saúde brasileiro, três segmentos constituem a tipologia da oferta de serviços: 1- o público e gratuito (Sistema Único de Saúde - SUS); 2- o da atenção médica supletiva; e 3- o que implica desembolso direto por indivíduos e famílias (MENDES, 2001). Trata-se, portanto, de um sistema heterogêneo, dentro do qual são possíveis diversas formas de articulação da demanda (RAMOS, 2001) e múltiplos arranjos na estrutura da oferta.

A discussão sobre a organização do sistema de saúde nacional passa, necessariamente, pela definição do papel do Estado e remete aos conceitos de esfera pública e esfera privada, incluindo aí a atuação das organizações e das pessoas. Há uma dicotomia destes termos, considerados como categorias “conjuntamente exaustivas” e “reciprocamente exclusivas”. Nessa perspectiva, o Estado seria a arena onde se embatem os dois processos, entendidos como “conflitantes e contrapostos”. Outros conceitos consideram o Estado, por definição, nem público, nem privado, mas um espaço de disputa entre os dois, moldado pelo tipo de estrutura burocrático-repressiva que possui (SADER, 2005).

A separação desses segmentos - público e privado - embora seja possível na teoria, não o é no cotidiano da ação em saúde. Verificam-se combinações e entrecruzamentos que ocorrem entre a oferta pública e privada dos serviços. Dessa forma, o padrão de inserção da população no sistema de saúde e a conseqüente utilização dos serviços, não se dão de forma linear e unidirecional. Assim, para a análise da prestação de serviços de saúde, não cabe mais a visão estanque, de antagonismo intrínseco, entre eles. Preservadas as respectivas finalidades, R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

identidades e funções, a atuação coordenada destes segmentos na produção e provisão de bens e serviços necessários à coletividade não pode ser ignorada. Ao contrário, deve-se procurar compreender de que modo se integram e agem conjunta e articuladamente, para o melhor planejamento e atendimento das questões de saúde da população.

Dentro deste contexto, o objetivo do presente artigo é discutir alguns aspectos da relação que surge das esferas pública e privada na oferta de serviços odontológicos no sistema de saúde brasileiro, seus limites, conflitos e interdependências. Trata-se de um artigo de reflexão, realizado a partir da revisão e análise da literatura atual e pertinente à temática, juntamente com o estudo da legislação vigente. Ao apresentar o cenário brasileiro com relação às relações estabelecidas entre os sistemas público e privado, na área da odontologia, aportam-se elementos para discussão e reflexão sobre o papel do Estado e as múltiplas influências que a interdependência de ambas esferas pode ter na organização dos serviços odontológicos e nas condições de saúde bucal da população.

2 O PÚBLICO E O PRIVADO NA SAÚDE BRASILEIRA

Ao Estado, como “instituição política suprema”, cabe o papel de “especializar-se e dedicar-se aos assuntos pertinentes ao Bem Comum” (PASOLD, 2003), tendo como função essencial a provisão e, em algumas situações, a produção de bens públicos e meritórios (aqueles associados a valores sociais, históricos, culturais e políticos partilhados por determinado grupo), como a saúde, corrigindo e suprimindo as falhas do mercado, monitorando seu desempenho.

Discussões sobre as funções e responsabilidades dos setores público e privado na saúde estão orientadas principalmente a partir do que se consideram falhas de mercado, onde se localizam e a quem atingem, entendidas como “possíveis desencontros ou desequilíbrios entre o que o mercado oferta e o que os consumidores possam demandar” (FARIAS, MELAMED, 2003).

No Brasil, a Constituição de 1988, garantiu o direito dos cidadãos à assistência gratuita no serviço público de saúde, bem como a convivência desse modelo com aquele operado pelos outros segmentos. Seguindo as leis de mercado, os indivíduos podem recorrer, conforme sua necessidade e possibilidade de compra, a qualquer um dos segmentos

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

(RAMOS, 2001). Entretanto, o mercado, apenas por iniciativa própria, também não é suficientemente competente e eficiente para promover o acesso da população aos serviços de saúde, incluindo os de saúde bucal, e satisfazer as necessidades coletivas. Considerando o contexto da segmentação do sistema de saúde brasileiro, as falhas reforçam a iniquidade, ameaçam a equidade e geram dificuldades no controle dos custos e na garantia de qualidade nos serviços prestados à população. Esse cenário é conformado pela necessidade de cobrir múltiplos pontos de atenção à saúde, pela relevância que os planos de saúde passam a ter, pela concorrência por recursos, pela absorção de alta tecnologia e pela pouca capacidade de mobilização e representação política dos mais pobres (MENDES, 2001).

Cabe aqui considerar que a combinação na oferta de serviços de saúde, aliando mercado e ações governamentais, especialmente as formas como são financiadas as instituições e as circunstâncias da provisão dos serviços determinam os resultados, em termos de acesso, qualidade da assistência, resolutividade e melhoria das condições de saúde da população (FARIAS; MELAMED, 2003).

O perfil sócio-econômico das pessoas que recorrem ao SUS reflete bem o desequilíbrio na distribuição da renda no país e a atual incapacidade do sistema público de saúde cumprir o princípio da universalidade que assumiu. Por isso, a conformação da heterogeneidade de segmentos na oferta de serviços.

Para Pinto e Soranz (2004), apesar de fatores como condição e necessidade de saúde, disponibilidade de profissionais, características demográficas, características organizacionais dos serviços de saúde e modelo de financiamento, a renda familiar ainda é o mais importante fator determinante do tipo de segmento de serviços de saúde acessado pelas pessoas. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) de 1998, indicaram que 49,3% das pessoas que procuravam atendimento em saúde recorriam ao Sistema Único de Saúde. Já na PNAD realizada em 2003, este percentual se elevou para 57,2% (BRASIL, 2005). Quando se toma o grupo populacional de mais baixa renda familiar per capita (primeiro decil = até R\$22,00), em 1998, a clientela do SUS aumenta para 79,64%, enquanto diminui para 7,84% no último decil (acima de R\$1.240,00) (RAMOS, 2001). Embora considerado um sistema universal, o SUS é o sistema de referência para aproximadamente 110 milhões de brasileiros, ainda que 38% declarem utilizá-lo exclusivamente, 20% freqüentemente, e 22% eventualmente. Um terço da população não têm acesso regular aos serviços de saúde (MENDES, 2001).

Deste modo, os dados das PNADs mostram algumas características do sistema público de saúde quando analisado sobre o prisma do extrato de renda ao qual pertencem às pessoas que o utilizam. A gratuidade e a renda insuficiente fazem com que a clientela do SUS seja amplamente formada pelas faixas de renda familiar per capita que compõem os menores decis, ou seja, os mais pobres. Já os indivíduos pertencentes aos maiores decis só consultam o SUS em caso de custos muito elevados e/ou da não cobertura dos serviços de que necessitam por parte dos planos de saúde que lhes assistem (RAMOS, 2001).

Além disso, verifica-se que os gastos privados com serviços de saúde se elevam à medida que a renda pessoal é maior. Porém, a proporção desse gasto no orçamento familiar tende a ser mais onerosa para os indivíduos da denominada “classe média”, que não acessam tanto o sistema público, mas também não ostentam elevados níveis de renda. Resgata-se aqui, o fenômeno da “universalização excludente”, emergente a partir da expansão do princípio da universalidade, atrelada a uma incapacidade operativa do Estado para concretizá-la. A queda da qualidade média dos serviços públicos, ocasionada pela necessidade de racionalização, gerou exclusão das camadas médias e impulsionou seu deslocamento para os segmentos privados de assistência (MENDES, 2001).

A PNAD, em 2003, mostrou que 65,9% da população que recorreu a serviços de saúde não possuíam planos, enquanto 34,1% dispunham desta cobertura. Pesquisando o modo pelo qual financiaram o respectivo atendimento, aponta que 26% dos usuários valeram-se da cobertura do seu plano de saúde. Portanto, uma parcela das pessoas, apesar de dispor desta modalidade desembolsou adicionalmente pelo serviço ou, então, utilizou o SUS (14,8% pagaram pelo atendimento, enquanto 57,2% foram atendidas através do SUS) (BRASIL, 2005).

Esse cenário é ainda mais instigante quando se examinam os dados associados à procura pelos serviços odontológicos. A cobertura do SUS é mais insuficiente, alcançando 30,7%, e os planos de saúde odontológicos assistem apenas 16,2% dos que demandaram serviços. Deste modo, praticamente metade dos demandantes (48,2%) efetuou desembolso direto para pagamento pelos serviços de atendimento odontológico recebidos. (BRASIL, 2005).

Nas últimas três décadas, o gasto privado com serviços de saúde vem migrando para o segmento de intermediação dos planos de saúde, modalidade que, além das adesões individuais, vem sendo adotada extensivamente no âmbito de organizações empresariais e públicas com compartilhamento do custo do financiamento entre empregados e empregadores. R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

Evidência disto é o resultado encontrado a partir da desagregação de dados da PNAD de 1998, na qual dos titulares de “planos pelo emprego”, 86,9% eram trabalhadores com carteira assinada ou funcionários públicos estatutários, contra os 40,1% dos titulares de “planos particulares” nas mesmas situações (FARIAS e MELAMED, 2003). Ademais, a maioria dos beneficiários dos planos possuía contratos coletivos (77,16%) ao invés de contratos individuais/ familiares (22,83%), em 2006 (BRASIL, 2007a). De um modo geral, a adesão a contratos coletivos é intermediada por empregadores e a adesão a planos privados é resultante da ação livre e direta de se contratar no mercado uma operadora, embora nem sempre. Tanto é possível um contrato coletivo sem um empregador, como é possível um contrato individual/familiar ser financiado por um empregador.

Além disso, é principalmente nos estratos médios e superiores desses grupos que as operadoras concentram sua clientela. Na PNAD de 2003, observou-se uma forte associação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar, ou seja, quanto maior o rendimento, maior a cobertura por plano de saúde. Na classe de rendimento familiar inferior a 1 salário mínimo a cobertura era de 2,9%, enquanto na classe de 20 salários mínimos ou mais, a cobertura abrangia 83,8% das pessoas, demarcando assim, uma acentuada desigualdade social no acesso da população à Saúde Suplementar (BRASIL, 2005).

3 A OFERTA PÚBLICA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL

O desenvolvimento dos serviços de saúde bucal reflete as lutas políticas, ideológicas e tecnológicas travadas por diversos atores sociais, e os valores e macro-influências sofridas ao longo dos anos, na construção do sistema de serviços de saúde no Brasil (MENDES, 2001).

Assim como em outras áreas, o Estado intervém no setor odontológico, tanto direta quanto indiretamente. A intervenção direta do Estado, por meio da produção de serviços odontológicos e de sua oferta pública, é motivada não apenas por argumentos de falhas de mercado, mas também por uma característica de Estado de Bem-Estar Social (COVRE e ALVES, 2002), alicerçado no valor da solidariedade.

Historicamente, a odontologia configurou-se como uma profissão de caráter autônomo que expandiu seus serviços nos espaços privados e das leis de mercado. Durante muito tempo, a grande maioria da população dependeu de consultórios privados ou de planos odontológicos

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

para suprir suas necessidades, pela insuficiente oferta de serviços públicos gratuitos. Aqui a variável “renda” também era determinante. De um total de gastos privados com saúde de R\$37,8 bilhões, em 1998, o terceiro maior componente correspondia a gastos com tratamentos dentários e próteses (11,84%), com correlação positiva em relação à posição na distribuição do nível de renda familiar per capita (COVRE e ALVES, 2002).

Tradicionalmente, os modelos assistenciais públicos e estatais adotados no Brasil dirigiam-se ao atendimento à criança e à livre demanda nas Unidades de Saúde. O primeiro formato organizativo da assistência à saúde bucal identifica-se no denominado Sistema Incremental, calcado no paradigma curativo-restaurador, que se tornou hegemônico entre as décadas de 50 e 80, propondo-se a atender escolares da rede pública, de 7 a 14 anos. Nessa época, os serviços odontológicos públicos eram dispersos, em especial nos Postos e Centros de Saúde estaduais e municipais, em instituições do Sistema Previdenciário e em entidades filantrópicas (OLIVEIRA et al, 1999).

A partir da criação do SUS, da crescente municipalização das ações de saúde e da incorporação de princípios como os da universalidade e integralidade, ocorreu uma pressão para a alteração dos modelos vigentes e a reestruturação da assistência pública odontológica. Esta assistência, que já representou ínfima parte da oferta de serviços no sistema público de saúde brasileiro, passou então a receber uma maior injeção de recursos financeiros, com conseqüente expansão de postos de trabalho para profissionais da área e uma oferta crescente de serviços.

A decisão de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, como estratégia de organização da atenção básica no SUS, foi importante para a reorganização também da prática odontológica, a partir da implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) juntamente às Equipes de Saúde da Família (ESF), embora tardiamente desde 2001. Atualmente, cerca de 60% das equipes de Saúde da Família contam com equipes de Saúde Bucal, contabilizando o total de 17.349 ESB atuando em 4.857 municípios e no Distrito Federal, proporcionando assim uma cobertura a pouco mais de 83,5 milhões de pessoas (BRASIL, 2006a; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2008; BRASIL, 2008a).

Em março de 2004, o governo federal lançou o “Brasil Sorridente”, a Política Nacional de Saúde Bucal, em que apresenta “novas diretrizes para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho”. A proposta consiste em reorganizar a atenção à saúde bucal em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo central (BRASIL, 2004). Como parte importante desta Política, estão R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

sendo criados Centros de Especialidades Odontológicas – CEOs, que são ambulatorios de referência destinados a prestar atendimento de média complexidade. Atualmente, 672 CEOs estão em funcionamento e outros 228 em fase de implantação (BRASIL, 2008a). Em 2006, compondo um conjunto de portarias denominadas “Pactos pela Saúde”, foi lançada a Política Nacional da Atenção Básica buscando uma melhor operacionalização dos serviços. Neste documento, definiu-se a saúde bucal como uma das áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional (BRASIL, 2006b).

4 A OFERTA PRIVADA DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E A REGULAÇÃO ESTATAL

As transformações pelas quais passou o sistema previdenciário brasileiro redundaram na progressiva “exclusão por cima” da classe média brasileira da condição de usuária dos serviços públicos de saúde (MENDES, 2001). O deslocamento decorreu da dificuldade de acesso decretada pela adoção do princípio da universalidade e foi resultado também das limitações impostas na implementação da atenção integral comprometendo a qualidade atribuída ao sistema público de saúde. A frustração desses fundamentos do SUS fez com que este segmento da população aderisse em massa aos planos privados de assistência à saúde, fato potencializado pela oferta cada vez maior de opções para funcionários de instituições públicas e privadas (PINTO e SORANZ, 2004).

Os fatores históricos relevantes para a formação do campo da saúde suplementar, na década de 90, foram, segundo Vieira et al (2004), o cenário de recessão econômica, a disseminação da prática de contrato de assistência privada para trabalhadores do setor privado e público a partir do exemplo das multinacionais, a regulamentação do contrato com empresas médicas para a implementação de programas e projetos de responsabilidade do Estado, o crescimento da prestação de serviços privados de assistência à saúde, a garantia constitucional de que as empresas médicas também passassem a vender serviços à rede pública. Foi neste contexto que se iniciou a intervenção indireta do Estado, via regulação, da oferta privada de serviços (COVRE e ALVES, 2002).

Se por um lado a assistência à saúde é um dever do Estado, por outro, a Constituição de 1988 assegura que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, uma vez que não

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

constitui um monopólio do Estado. Entretanto, por se tratar de um direito fundamental de relevância pública, as entidades privadas que ofertam serviços de assistência à saúde devem ser submetidas à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, via Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (REIS, 2007; BRASIL, 2007a).

Esta regulamentação levou 10 anos sendo negociada no Congresso Nacional, até ser definida na Lei 9.656/98 e modificada pela introdução de algumas alterações no seu enunciado pela MP 1.665 (atual MP 2.177-44). Ao conjunto desta Lei e MP, foi acrescida a Lei 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar e lhe deu as atribuições de regulação do setor.

Esta autarquia especial tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, por meio de procedimentos de normatização, fiscalização e controle dos planos privados de saúde. Por outro lado, as operadoras recolhem a Taxa de Saúde Suplementar (TSS), a Taxa de Registro de Produto, de Registro de Operadora, entre outros tributos, bem como fornecem informações econômico-financeiras, cadastrais e referentes aos produtos que ofertam no mercado (COVRE e ALVES, 2002).

Uma das formas de controle do setor é feita por meio de barreiras regulatórias (COVRE e ALVES, 2002). Tais barreiras são representadas pelas Garantias Financeiras - relacionadas à capacidade de solvência das operadoras; pelo Capital Mínimo - somente operadoras com viabilidade econômico-financeira devem entrar no mercado; pelo Controle de Preços - inibe a entrada uma vez que limita os lucros a níveis inferiores aos que seriam obtidos num mercado sem regulação de preços; pela Instabilidade Regulatória - gera incerteza no mercado acerca dos rumos que o Estado pode determinar para a assistência privada à saúde; e pelo Art. 13 da Lei n.º 9.656/98 - veda a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato individual, salvo por fraude ou não-pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias.

Outra forma de controle do setor se dá pelo ressarcimento ao SUS, por parte das operadoras, dos serviços de atendimento à saúde previstos em seus contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde. Este ressarcimento está previsto no Art. 32 da Lei 9.656/1998 e seu processo de efetivação e normatização é de responsabilidade da ANS, estando definido nas Resoluções 05 (24/08/2000) e 06 (26/03/2001). Ao desestimular o descumprimento, pelas operadoras, dos contratos celebrados e buscar impedir

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

o seu enriquecimento injustificável às custas de recursos financeiros públicos, o ressarcimento constitui um importante instrumento de regulação do setor (BRASIL, 2006c).

A ANS classificou e segmentou as empresas atuantes quando da sua criação, por modalidades. Assim, das 1.821 operadoras em atividade em junho de 2008, 561 eram do tipo Medicina de Grupo, 346 Cooperativas Médicas, 367 Odontologia de Grupo, 264 Autogestão, 149 Cooperativas Odontológicas, 102 Filantrópicas, 19 Administradoras e 13 Seguradoras Especializadas em Saúde (BRASIL, 2008b).

Além disso, a ANS definiu os tipos de planos de saúde a partir da forma de organização dos serviços, da abrangência geográfica (municipal, estadual ou nacional), da forma de contrato (individual/familiar, coletivo com ou sem patrocinador), da data de assinatura (contratos novos – celebrados após a vigência da Lei 9656/98, adaptados ou antigos), e do tipo de cobertura assistencial, se integral do Plano de Referência ou integral por Segmento (ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia ou odontológico) (BRASIL, 2006c).

A PNAD estimou que 38,7 milhões de brasileiros (24,5%) estariam cobertos pelo setor suplementar da saúde em 1998 (Brasil, 2000), e 43,2 milhões (24,6%) em 2003 (Brasil, 2005a). Ao se verificar os beneficiários de planos de saúde pela “ANS TabNet” um total 50.089.051 consumidores de planos de saúde foi identificado em junho de 2008 (BRASIL, 2008c). Considerando-se que a estimativa total da população nesta data era de 183.987.291 habitantes, tinha-se a cobertura de 27,22% da população pela saúde suplementar, um valor bastante próximo ao encontrado pelas PNADs. (BRASIL, 2008d)

Ao se separar os beneficiários de planos exclusivamente odontológicos de todos os demais que possuem cobertura médica com ou sem odontologia, este total é de 40.090.549 de consumidores, ou seja, uma cobertura de 21,78% da população por planos médicos, valor que em 2006 correspondia a 19,35%. Já a cobertura por planos odontológicos é bem menos abrangente: ao somarmos aos 9.998.502 de beneficiários dos planos exclusivamente odontológicos aos 3.230.172 beneficiários de planos médicos com odontologia, temos um total de 13.228.674 consumidores, representando uma cobertura de 7,08% da população, que em 2006 era de 5,52%. (BRASIL, 2008c)

Estes dados, associados ao fato de que a receita das operadoras exclusivamente odontológicas, nos últimos anos, aumentou expressivamente, confirmam a expansão da oferta de serviços odontológicos no setor suplementar em saúde (VIEIRA e COSTA, 2008).

Entretanto, a cobertura está aquém das reais demandas, por abrangerem apenas os serviços

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

médico-hospitalares, não contemplando a assistência integral e as necessidades sentidas pela população que obtêm acesso ao sistema de saúde suplementar (PIETROBON et al., 2008).

Ainda com relação à oferta privada de serviços odontológicos, é preciso analisar também a existência de outro segmento, que é o da Odontologia liberal, ou em outros termos, o Sistema de Desembolso Direto (SDD). Dos três segmentos que constituem os serviços de saúde no país, é o menos conhecido, tanto do ponto de vista quantitativo como qualitativo, é o menos discutido e também, como consequência, o menos regulado (MENDES, 2001). Contudo, é o segmento no qual eram realizados a maior parte dos atendimentos odontológicos, conforme os resultados das PNADs que avaliaram o acesso e a utilização de serviços de saúde: 46,9% destes atendimentos foram pagos diretamente em dinheiro, em 1998 (BRASIL, 2000), aumentando para 48,2%, em 2003 (BRASIL, 2005).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2003, realizada pelo IBGE, também em 1987 e 1996, para avaliar a estrutura de receita e despesa das famílias brasileiras, fornece os dados mais atualizados e disponíveis com relação aos gastos com o SDD (uma atualização destes dados será publicada apenas em 2009). De um total de R\$ 95,14 de despesa média mensal familiar com a assistência à saúde, e retirando-se os R\$ 26,84 de despesas com planos e seguros de saúde que não fazem parte do SDD, percebe-se que os maiores gastos familiares envolvem remédios (R\$38,60) e “consultas e tratamento dentário” (R\$ 9,59) (BRASIL, 2007c). Ou seja, uma presença absolutamente alta de atenção odontológica neste segmento, estimada em R\$ 6,52 bi/ano dentro dos R\$ 16,41 bi/ano gastos com no SDD (valores corrigidos para 2006) (MENDES, 2001; CARVALHO, 2007).

5 A INTERFACE PÚBLICO-PRIVADO NA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Conforme discutido anteriormente, a assistência odontológica brasileira é prestada por um “mix” público e privado. Entre estes dois segmentos, no entanto, existe uma interface na qual o público e o privado estão intimamente relacionados. Embora tal relação seja pouco discutida na Odontologia, faz-se necessário assumi-la, pois um melhor planejamento e atuação na área dependerão da compreensão de seu funcionamento.

A partir da análise da estruturação do sistema de saúde em vigor no Brasil, emerge a máxima da desoneração do sistema público a partir da existência de sistemas específicos aos R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

indivíduos que podem pagar, o que favoreceria uma melhor atenção à saúde dos mais pobres. Entretanto, o que a prática demonstra é exatamente o inverso: por conta da desorganização social dos grupos excluídos e seu reduzido poder de vocalização política, ocorre o subfinanciamento do segmento, e, por conseguinte, uma oferta de serviços públicos de menor qualidade. Além disto, a segmentação do setor fortalece a iniquidade, haja vista que os indivíduos mais necessitados dos serviços de saúde acabam por pagar duas vezes - a primeira mediante o pagamento de impostos e outra quando são obrigados a pagar do seu próprio bolso pelos serviços indisponíveis no sistema público, comprometendo um percentual substancial de seus rendimentos. Os dados da POF 1996 exemplificam esta situação, o gasto médio familiar com atenção odontológica foi de R\$ 13,07 naquele ano, ou seja, quanto menor a renda familiar, maior percentual este gasto representa no orçamento mensal (MENDES, 2001).

Ao compararmos as ações no campo da saúde bucal existentes em nosso país com os programas direcionados aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, elucidase bem esta questão. Os avanços conquistados neste último como a aprovação da lei que garante medicamentos e financiamento adequados, podem ser explicados também por sua clientela composta por indivíduos de todas as classes sociais, inclusive da classe média, que possui um maior poder de organização e vocalização política (MENDES, 2001). Já a área de odontologia ainda constitui um campo de pouco peso em relação às demais áreas médicas. Os serviços ofertados são, em sua maioria, de assistência básica, acessados especialmente por clientela de baixa renda, e provavelmente por esta razão, os avanços nesta área estejam ocorrendo de forma lenta.

As relações entre os três segmentos que compõe o atual sistema de saúde brasileiro tornam-se evidentes também quando se analisam os postos de trabalho de cirurgiões-dentistas, de acordo com o seu financiamento, conforme ilustrado abaixo na Figura 1.

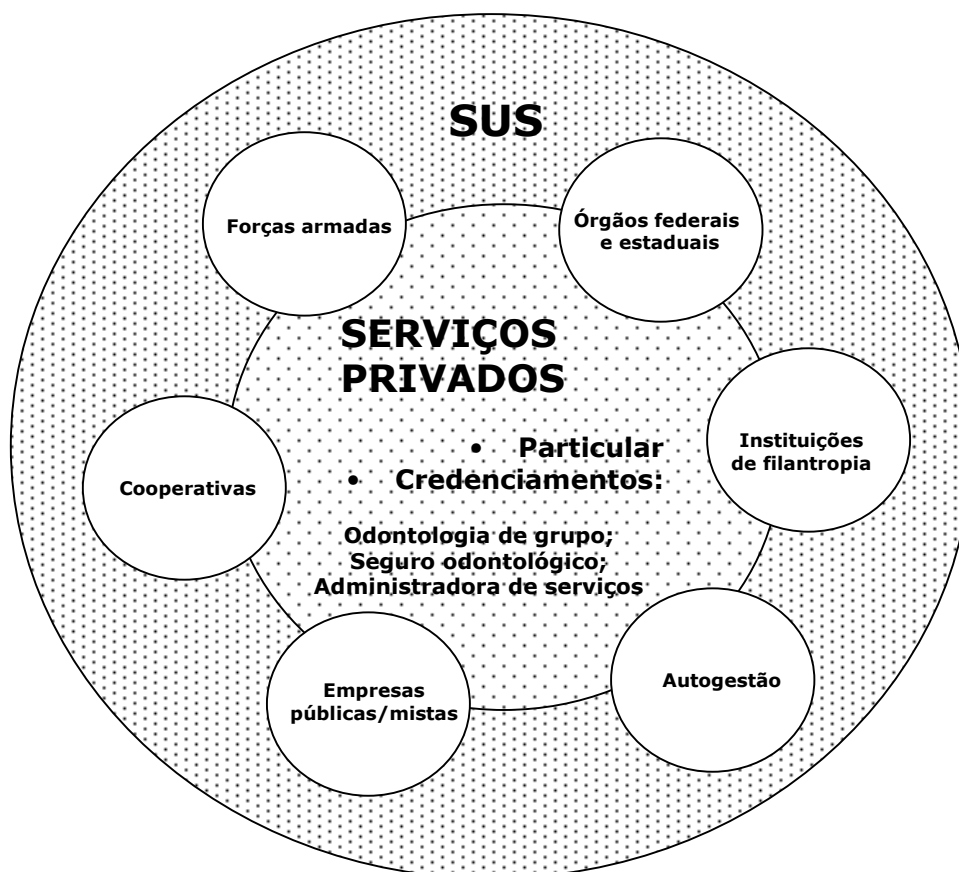


Figura 1: Caracterização dos postos de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, quanto ao modo de financiamento.

Deste modo, observa-se a existência de postos de trabalho de financiamento exclusivamente público, no SUS e de financiamento privado (no Setor de Saúde Suplementar e no SDD), sendo que estes, em maior ou menor intensidade, estão na interface entre o público e o privado, já que são subsidiados pelo Estado por meio de isenções fiscais, tanto de pessoas físicas quanto jurídicas (MENDES, 2001).

Dentre os serviços do Sistema de Saúde Suplementar e do Sistema de Desembolso Direto, existem os postos de trabalho de financiamento privado ou misto (instituições filantrópicas, ou seja, terceiro setor); os de financiamento público, mas que assistem a um grupo específico da população, ou seja, não ofertam acesso universal como o SUS (em Órgãos Públicos Federais e Estaduais, e nas Forças Armadas); os de financiamento privado, mas que recebem subsídios públicos (em cooperativas), e os de financiamento público ou

misto que também não são de acesso universal (em empresas públicas ou mistas que patrocinam planos de saúde ou que possuem operadoras de auto-gestão). Em outras palavras, sempre que existe financiamento oriundo de recursos públicos, seja direto ou indireto (por meio de deduções e/ou isenções fiscais), beneficiando a assistência de clientela específica, pode-se identificar uma sobreposição dos dois setores, ou seja, uma interface público-privado.

Ao se analisar os postos de trabalho com financiamento público destinados a uma parcela específica da população (funcionários públicos e militares), a contradição emerge do privilégio dado aos planos de saúde e à rede própria em oposição ao fortalecimento do SUS. A compra de planos de saúde e a oferta de serviços exclusivos aos militares, nesse contexto, acabam por criar sistemas de assistência à saúde “paralelos” ao que deveria ser um sistema único de saúde.

Segundo dados do Instituto de Defesa do Consumidor funcionários públicos representam cerca de um quinto dos convênios com as operadoras, o que corresponde a uma parcela expressiva do faturamento dessas empresas sendo bancadas por recursos públicos. (IDEC, 2005)

De modo semelhante, na grande Florianópolis, por exemplo, a carta de beneficiários da maior cooperativa odontológica do estado catarinense possui cerca de 25% de planos coletivos contratados diretamente ou por meio de associações de funcionários de empresas públicas ou mistas (UNIODONTO DE SANTA CATARINA, 2007).

Além disso, é preciso lembrar que uma parte do financiamento da saúde suplementar, no que diz respeito a sua regulação, provém de recursos da União, conforme regulamentado na própria Lei 9.961/00, em seu Art. 16º, incisos V e VII (BRASIL, 2000), que tratam respectivamente das dotações consignadas e dos repasses concedidos ao setor via Governo Federal. Em 2005, 47% da dotação orçamentária da ANS foi oriunda de recursos do Tesouro Nacional (BRASIL, 2005). Ao financiar parte dos recursos necessários à manutenção da agência reguladora, o Estado desonera parcialmente as operadoras, evidencia mais uma interface público-privado e justifica a inclusão da saúde suplementar dentro da esfera do SUS, conforme apresentado na Figura 1.

Outra interface pode ser constatada quando se analisa a questão das isenções fiscais concedidas a determinadas operadoras. No Art. 6º da Lei 9.961/00 (redação dada pela MP nº. 2.097-40) constata-se que as operadoras enquadradas na categoria de auto-gestão e filantropia, com menos de vinte mil usuários, ou ainda, com mais de 60% do custo assistencial oriundos dos gastos hospitalares, e que prestam no mínimo 30% dos seus serviços ao SUS, fazem jus a

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

um desconto de 30% sobre a TSS, que é a segunda principal forma de financiamento da ANS (calculada a partir do produto do número de beneficiários do plano de saúde por R\$ 2,00) (BRASIL, 2000b). Da mesma maneira, dependendo da abrangência geográfica do plano de saúde, aplica-se um desconto sobre a TSS que varia de 5% para os planos de abrangência nacional até 25% para os de abrangência municipal. Ou ainda, por conta do tipo de cobertura, quanto mais completa menor o desconto, de modo que os planos exclusivamente odontológicos são os mais beneficiados (32% de desconto) (BRASIL, 2005b).

Isenções fiscais e taxas reduzidas de tributos também são aplicáveis ao setor de filantropia, mesmo quando comercializam seus próprios planos de saúde. Já em relação às cooperativas de saúde, atualmente existe farta jurisprudência (SCHEFFER e BAHIA, 2005). A Lei Complementar nº 70/91, em seu Art. 6º, trata da isenção de PIS e COFINS concedidas às cooperativas que ainda continua válida, apesar da edição de diversas medidas provisórias. Além disso, as cooperativas de consumo também são isentas da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (BRASIL, 1995a). Por estes e tantos outros benefícios, dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em relação à renúncia fiscal, indicam que os cofres públicos deixaram de arrecadar cerca de R\$ 2,8 bilhões das operadoras de planos de saúde (INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2005).

Pessoas físicas ou jurídicas também podem deduzir, para fins de cálculo de imposto de renda devido, na íntegra e sem limites, os valores gastos com planos médicos e odontológicos e/ou despesas com profissionais de saúde como cirurgiões-dentistas (BRASIL, 1995b, c). Desta maneira, a parcela da população que pode prover sua própria assistência odontológica acaba usufruindo um financiamento pela União, ainda que indireto, já que deixa de arrecadar impostos, diminuindo assim a receita que poderia ser investida, inclusive, no SUS.

Outra importante questão a ser considerada nesta análise diz respeito ao ressarcimento ao SUS, conforme explicitado previamente é uma das formas de regulação das operadoras. Atualmente, este modelo de ressarcimento é restrito aos casos de internação e atendimentos de urgência e emergência (SCHEFFER, BAHIA, 2005). Seu processo se dá por meio do cruzamento de dois bancos de dados, o Cadastro de Beneficiários da ANS e o sistema de faturamento hospitalar do SUS. Assim, quando o beneficiário de um plano de saúde for atendido em um hospital da rede pública ou conveniada, as despesas decorrentes de procedimentos incluídos no rol de serviços contratados deverão ser ressarcidas ao SUS em valores superiores aos que o próprio SUS paga (REIS, 2007).

Como no rol mínimo de procedimentos odontológicos da ANS são contemplados apenas procedimentos de baixa complexidade e parte dos procedimentos de média complexidade (BRASIL, 2002), praticamente inexistente ressarcimento ao SUS na área da assistência odontológica. Prova disto é que, de fevereiro de 2001 a janeiro de 2003, de um total de 96.309 Avisos de Internação Hospitalar (AIHs) cobrados das operadoras, apenas 54 (0,05%) envolviam empresas de Odontologia de Grupo (BRASIL, 2007a).

Além disto, o ressarcimento tem sido pouco efetivo, também, por conta do grande número de recursos e ações judiciais contra o seu pagamento. No período citado anteriormente, apenas 20,7% do total de AIHs cobradas foram liquidadas e das 54 cobradas das operadoras de Odontologia de Grupo, 47 permaneciam em aberto. De acordo com a ANS, no ano de 2005, o reembolso chegou a apenas 11,6% do que determina a lei. Avaliando os valores em moeda corrente, no período compreendido entre setembro de 2000 e dezembro de 2005 foram recebidos apenas R\$ 61,8 milhões de ressarcimento, ao invés dos 431,5 milhões aptos para a cobrança (BRASIL, 2007a).

O SUS, ao qual cabe tanto ações de atenção quanto de assistência à saúde, acaba por abranger toda a população do país, seja pelas campanhas de vacinação, ações de prevenção e de vigilância sanitária, seja pelos atendimentos de alta complexidade não cobertos pelos planos de saúde (IDEC, 2005). Cerca de 85% dos atendimentos de alta complexidade no país são realizados via SUS (SALAZAR et al., 2003). Não obstante, os serviços de assistência no SUS enfrentam as maiores dificuldades, e neste contexto, a assistência odontológica ainda é oferecida de maneira insuficiente para a população brasileira.

Por conta disto e com base na Constituição Federal e nas demais leis relacionadas à saúde que elencaram os principais direitos dos usuários de ações e serviços de saúde (dentre os quais o acesso às ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde) (SALAZAR et al., 2003), quando o indivíduo não tem suas necessidades supridas por seu plano de saúde, ou ainda pelo SUS, este pode recorrer ao órgão competente, no caso o Ministério Público (MP), para buscar a resolução de seu problema. A partir daí, o MP pode instaurar um inquérito civil para ouvir a parte acusada e levantar provas. No caso da existência de evidências, realiza-se um acordo entre as partes ou ainda, entra-se com uma ação na Justiça. E aí reside mais uma interface público-privada, pois como os contratos dos planos odontológicos possuem um rol limitado de procedimentos, possibilitam a abertura de ações contra o Estado para a resolução de problemas odontológicos, sobretudo os de média e alta complexidade (SALAZAR et al., 2003).

Por todo o exposto, percebe-se que, se por um lado o SUS possui problemas, principalmente no que diz respeito à insuficiência de recursos financeiros, por outro o Estado deixa de arrecadar vultosas somas de dinheiro por conta da renúncia fiscal e do não ressarcimento previsto na lei, além de gastar outros importantes valores no patrocínio de planos de saúde para o funcionalismo público, no financiamento da ANS, no pagamento de ações judiciais etc. Em todas estas questões, a interface público-privada precisa ser considerada e compreendida para que uma melhor atenção e assistência odontológicas sejam oferecidas à população brasileira.

6 CONCLUSÕES

Por suas características de negociação livre entre oferta e demanda, e a concorrência daí advinda, o mercado privado de serviços odontológicos, tanto no segmento do Sistema de Saúde Suplementar como no segmento do Sistema de Desembolso Direto, é orientado pelos princípios da eficiência e autonomia, e embasado no modelo neoliberal de saúde, reconhecidamente iníquo. Já os serviços públicos se diferenciam por serem responsáveis por uma distribuição universal, eqüitativa e integral de bens essenciais à vida, como a saúde bucal, uma vez que têm em sua base político-ideológica o modelo do Bem Estar Social, ancorado em valores da solidariedade.

É fácil, portanto, entender a origem de tantos conflitos de interesses na co-existência destes três segmentos que compõem o atual sistema de saúde brasileiro, quais sejam o público e gratuito (SUS), o da atenção médica supletiva, e o que implica desembolso direto. Entretanto, é preciso considerar também que, tanto a provisão via esfera privada quanto a provisão pública da assistência odontológica, se oferecidas exclusivamente, resultariam em deficiências de cobertura e resolutividade. É justamente a composição dos dois entes – o público e o privado – e a interface estabelecida a partir da convivência e da flexibilidade, legitimadas e reguladas pelo Estado, que proporciona um mosaico enriquecido de possibilidades, respeitando as necessidades e demandas da população com relação à saúde bucal, em termos preventivos, curativos e reabilitadores, no âmbito individual e coletivo.

Assim, ao se aprofundar o olhar no sistema de produção dos serviços de saúde bucal produzidos pelo Estado e naqueles com finalidade de lucro, percebe-se que a melhoria da R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

condição geral de saúde bucal da população dependerá de políticas públicas efetivamente reguladoras, que tomem em conta a necessidade dessa coordenação dada a complexidade das interconexões e interdependências entre esses setores, buscando a qualidade e a universalização da atenção à saúde.

RELATION BETWEEN PUBLIC AND PRIVATE SECTORS IN BRAZILIAN DENTISTRY

ABSTRACT

Starting from the promulgation of the 1988 Brazilian Federal Constitution, the State took responsibility for national healthcare, both through direct assistance to the citizens, and indirectly, through the regulation of the supplementary health sector. An understanding of how the public and private sectors integrate and act jointly in the health area, more specifically in dentistry, contributes to better planning and attending to the population's health problems. The objective of this paper is to discuss some aspects of this relation between the public and private sectors, focusing on dental services, and their limits, conflicts and interdependences in the Brazilian health system. In this regard, the authors begin by analyzing the public-private sector relation in healthcare, the public and private dental services offered, including issues related to the state regulation of the supplementary sector, and later, they discuss the public-private interface in relation to dental assistance. They then conclude that an effective improvement in the general condition of the population's oral health will depend on public policies that take into account the need for coordination between the public and private sectors, given the complexity of the interconnections and interdependences between these sectors.

Keywords: Health services; State dentistry; Government regulation; Private sector; Oral health.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto-lei nº 10.865, de 30 de abril de 2004. Dispõe sobre a Contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público e a Contribuição

para o Financiamento da Seguridade Social incidentes sobre a importação de bens e serviços e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 26 nov. 1995a.

BRASIL. Decreto-lei nº 9.250, de 26 de novembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas físicas e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 26 nov. 1995b.

BRASIL. Decreto-lei nº 9.249, de 26 de novembro de 1995. Altera a legislação do imposto de renda das pessoas jurídicas e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 26 nov. 1995c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Acesso e utilização de serviços de saúde 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.

BRASIL. Decreto-lei nº 9.961, de 29 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 29 jan. 2000b.

BRASIL. Resolução nº 9, de 26 de junho de 2002. Atualiza o Rol de Procedimentos Odontológicos instituído pela Resolução CONSU n.º 10, de 03 de novembro de 1998 e alterado pela RDC n.º 21 de 12 de maio de 2000 e dá outras providências. **Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil**, 26 jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Acesso e utilização de serviços de saúde 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal** - Cadernos de atenção básica. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da atenção básica**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS**. Rio de Janeiro: ANS, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 23 jan. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Relatório de gestão: exercício 2005**. Rio de Janeiro: ANS, 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/transparencia/transparencia_contratos_relatorios_gestao/Relatorio_Gestao_2005.pdf> Acesso em: 13 fev. 2007b.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: primeiros resultados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/tab111.pdf>> Acesso em: 16 abr. 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Sorridente: cobertura odontológica cresce 300% em cinco anos**. Disponível em:

<http://189.28.128.100/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=5435> Acesso em: 10 out. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informação em saúde suplementar**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: 10 out. 2008c.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem da população**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tabela1_1.pdf Acesso em: 10 out. 2008d.

CARVALHO, G. **Gasto com saúde no Brasil em 2006**. São José dos Campos [s.n], 2007. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/pdf/gasto.com.saude.2006.pdf>> Acesso em: 16 abr 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Saúde da Família completa 15 anos. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, v.16, n.85, jul/ago., 2008.

COVRE, E.; ALVES, S.L. **Planos odontológicos**: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

FARIAS, L.O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro; v.8, n.2., p.585-598, 2003.

INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. **Como o dinheiro público financia planos de saúde**. São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/emacao.asp?id=952>> Acesso em: 13 fev. 2007.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo 1. (Coleção Saúde Coletiva, 1.).

OLIVEIRA, A.G.R.C. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n. 1, p.9-14, 1999.

PASOLD, C.L. **Função social do estado contemporâneo**. Florianópolis: OAB/SC, 2003.

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

PINTO, L.F.; SORANZ, D.R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. **Rev. C.S.Col.**, Rio de Janeiro, v., n.1, p.85-98, 2004.

RAMOS, C.A. Aspectos **Distributivos do Gasto Público na Saúde**. Brasília: Planejamento e Políticas Públicas, 2001.

REIS, O.M.L.S. **O ressarcimento ao SUS pelas operadoras de planos de saúde**: uma abordagem acerca do fundamento jurídico da cobrança. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17705.asp> Acesso em: 13 fev. 2007.

SADER, E.S. O público, o estatal e o privado. IN: HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L.C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o estatal na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

R. Saúde Públ., ISSN 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, v.2, n.1, jan./jul. 2009.

SALAZAR, A. et al. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo: IDEC, 2003.
Disponível em: <<http://www.idec.org.br>> Acesso em: 13 fev. 2007.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Planos e seguros privados de saúde no Brasil: lacunas e perspectivas da regulamentação. In: HEIMANN, L.S.; IBANHEZ, L.C.; BARBOSA, R. (Org.). **O público e o estatal na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 127-168.

UNIODONTO DE SANTA CATARINA. **Cooperativa de trabalho odontológico**: relatório de empresas contratantes. Florianópolis, 2007.

VIEIRA, M.M.F.; VILARINHO, P. F. **O campo da saúde suplementar no Brasil**. R.C.A., Florianópolis, v.6, n.11, p.9-34, 2004.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Rev. C. S. Col.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 52, p. 1579-1588, 2008.

Artigo recebido para submissão em: 14/11/2009.
Artigo aceito para submissão em: 08/06/2009.