



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Garbin, Daniela; Salton Mattevi, Gianina; Lemos Carcereri, Daniela; Caetano, João Carlos
Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da
atenção

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 18, núm. 2, febrero, 2013, pp. 441-452
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63025127015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção

Dentistry and supplementary health: regulatory framework, health promotion policies and quality of care

Daniela Garbin¹
 Gianina Salton Mattevi¹
 Daniela Lemos Carcereri¹
 João Carlos Caetano¹

Abstract Based on the regulatory framework and an overview of dentistry in supplementary health, this paper discusses the specifics of the dental sector with respect to health promotion policies and quality of health care services proposed by the National Supplementary Health Agency (ANS). The State's activities in supplementary health are based on law 9.656/98, which defines the relations between operators, products and their beneficiaries, and law 9.961/2000, which created the ANS. Concomitantly there was a great increase in dentistry in the private health plan market, because of changes in the practices of the profession. This required the need to know the logic of the organization of the services regarding the assistance provided and the model of care. The ANS develops measures to encourage operators to implement health promotion programs, striving for an integral care model. At the same time, it promotes the qualification policy of supplementary health care, with emphasis on the scope of care, though in dentistry the focus of evaluation is still individual and fragmented care. Indeed, the great challenge of dentistry is making it a public health policy, accessible to all, and the qualification of dental care in supplementary health.

Key words Supplemental health, Dentistry, Health care regulation and monitoring, Comprehensive Health Care

Resumo A partir do marco regulatório e de um panorama da odontologia na saúde suplementar, este artigo discute as especificidades do setor odontológico no que se refere às políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção à saúde propostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A atuação do Estado na saúde suplementar se dá a partir das leis 9.656/98, que define relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários e 9.961/2000, que cria a ANS. Concomitantemente, houve elevado crescimento da odontologia no setor, por conta de mudanças no exercício liberal da profissão, trazendo a necessidade de conhecer a lógica de organização dos serviços quanto à assistência prestada e ao modelo de atenção praticado. A ANS desenvolve ações para estimular as operadoras na implantação de programas de promoção da saúde, na busca por um modelo de atenção integral. Ao mesmo tempo, promove a Política de Qualificação na saúde suplementar, com ênfase na dimensão assistencial, porém na odontologia o enfoque da avaliação ainda é o atendimento individual e fragmentado. Por fim, o grande desafio da odontologia passa pelo seu fortalecimento enquanto política de saúde pública, acessível a toda a população, e pela qualificação da atenção odontológica na saúde suplementar.

Palavras-chave Saúde suplementar, Odontologia, Regulação e fiscalização em saúde, Assistência integral à saúde

¹ Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, 88040-970 Florianópolis SC.
 danigarbin@hotmail.com

Introdução

Ao final da primeira década do século XXI, a odontologia brasileira se destaca no cenário mundial¹. O Brasil concentra cerca de 20% dos dentistas do mundo, no entanto a distribuição interna é desigual, pois três quartos do total concentram-se nas regiões Sul e Sudeste do país². São aproximadamente 244 mil profissionais inscritos nos Conselhos de Odontologia e 193 Faculdades de Odontologia, formando em média 9000 cirurgiões-dentistas a cada ano^{3,4}.

Os cursos de odontologia no Brasil cresceram desproporcionalmente nos últimos anos, passando de 176 cursos em 2006 para 193 em 2010, e o incremento se deu apenas nos cursos particulares⁴⁻⁶.

O aumento do número de profissionais, aliado à queda do desembolso direto dos pacientes para custear os tratamentos, levou à crise do modelo liberal por conta da sua baixa sustentabilidade econômica. Frente a essa situação, os profissionais de odontologia têm criado estratégias de permanência no mercado por meio de modelos associativos ou empresariais, causando mudanças profundas no exercício profissional da odontologia no Brasil⁷.

No setor público, destacam-se movimentos recentes de valorização da saúde bucal com a incorporação dos cirurgiões-dentistas na Estratégia de Saúde da Família, através da Portaria 1.444/00, de dezembro de 2000, e a Política Nacional de Saúde Bucal, publicada em 2004, que traz como eixo a reorientação do modelo assistencial com base nas linhas do cuidado em todos os níveis de atenção. O impacto dessas políticas públicas se evidencia na expansão do número de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, na ampliação do acesso aos serviços especializados e no maior aporte de recursos federais para a área odontológica⁸.

Cabe aqui pontuar que a odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Sua concepção de prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada individualmente no restrito ambiente clínico-cirúrgico, não apenas predomina no setor privado como segue exercendo poderosa influência sobre os serviços públicos. A essência da odontologia de mercado está na base biológica e individual sobre a qual constrói seu fazer clínico, bem como no modo de produção capitalista, o qual transforma os cuidados de saúde em mercadorias, impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas⁹.

Dessa forma, embora o setor público seja um grande empregador dos profissionais de odontologia (em média 27% dos dentistas brasileiros são funcionários públicos), a odontologia de mercado ainda concentra o maior número de profissionais. No entanto, o que se observa é uma estagnação do setor privado autônomo e uma expansão gradativa das modalidades odontológicas na saúde suplementar^{8,10,11}.

São, portanto, dois movimentos concomitantes: o primeiro consiste no fortalecimento de políticas públicas trazendo a saúde bucal como importante questão na agenda de prioridades em saúde; o segundo aponta para o crescimento acentuado do setor odontológico da saúde suplementar. Esse crescimento traz desafios para a regulação e para as atividades desenvolvidas no setor, uma vez que há peculiaridades da segmentação odontológica na saúde suplementar que precisam ser investigadas e trabalhadas, com vistas à qualificação da atenção aos beneficiários^{8,12}.

No dia 03 de junho de 1998, foi publicada a Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e estabelece os principais marcos da regulação da saúde suplementar, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários¹³. Antes da publicação dessa Lei, os consumidores somente podiam recorrer ao Código de Defesa do Consumidor e aos Procons estaduais e municipais no caso de conflitos com operadoras e planos de saúde¹⁴.

Posteriormente, em 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.961 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Conforme o Art. 3º: “terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”¹⁵.

Após a publicação da Lei nº 9.656/98¹⁶ e da criação da ANS, observou-se um aumento expressivo na quantidade de beneficiários por operadoras de serviços exclusivamente odontológicos, de 252% na modalidade odontologia de grupo (sociedade que vende ou possui a finalidade de gerir planos odontológicos) e de 205% na modalidade cooperativa odontológica (operadora formada por cirurgiões-dentistas, sem fins lucrativos, que comercializa ou opera planos essencialmente

odontológicos), mostrando um grande aquecimento nesse setor⁷.

Esse crescimento pode ser atribuído a uma latente demanda de usuários com necessidades odontológicas, à dificuldade de acesso aos serviços públicos e à potencialidade de nichos de mercado a serem explorados¹⁷. Devido às especificidades do setor saúde, por conta da assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e prestadores, há a necessidade de conhecer como se dá a relação entre esses atores e como ela interfeire no modo de produção da saúde suplementar.

A partir do marco regulatório e de um panorama da odontologia na saúde suplementar, este artigo discute as especificidades do setor odontológico no que se refere às políticas de promoção da saúde e à qualidade da atenção à saúde propostas pela ANS.

Marco regulatório e regulação na saúde suplementar

A atuação do Estado na saúde suplementar tem como marco a aprovação da Lei nº 9.656/98, que estabeleceu um novo patamar no processo de regulação. Entretanto, há que se aprofundar a natureza dessa regulação, visando garantir a qualidade da assistência à saúde e a produção do cuidado integral nesse setor. Coloca-se o desafio de entender como se estruturam os modelos assistenciais vigentes na saúde suplementar, identificando o modo como as operadoras de planos de saúde vêm se organizando para a oferta dos serviços de saúde, de forma a garantir a assistência com qualidade aos seus usuários, responsabilizando-se pelo seu processo saúde-doença¹⁸.

Entende-se aqui o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde¹⁹. No Brasil, o mercado de planos e seguros privados atuou por quase 40 anos sem regulação. As operadoras realizavam os seus serviços conforme o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, regulamentado pelo Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967. A regulamentação era realizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep), com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). A Lei nº 9.656 foi a precursora na questão da regulação das atividades do setor privado, pois a partir dela o Ministério da Saúde passou a operar com maior abrangência no setor²⁰.

Segundo Santos e Merhy¹⁹, a regulação pode ser compreendida como a habilidade de intervir

nos processos de prestação de serviços, modificando ou guiando a sua execução. Essa intervenção se dá por meio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores. A regulação manifesta a intencionalidade do ator ao colocar em prática a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Já a regulamentação é o ato de normalizar em regras essa mesma intencionalidade.

Visando facilitar a compreensão da dimensão do processo regulatório na saúde suplementar, Cecílio et al.²¹ propõem um diagrama para a visualização da cartografia do campo regulatório da ANS, abrindo a discussão sobre como atuar com vistas à transformação e à ampliação do processo de regulação, incorporando a perspectiva assistencial (Figura 1).

A cartografia da regulação apresentada se distingue em dois planos: o campo A, considerado o da macrorregulação, é composto pela legislação e regulamentação determinadas pelos poderes Legislativo e Executivo federais, pela ANS, pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e outros entes governamentais. Dessa forma, é “o braço do Estado que se projeta sobre o mercado”²¹.

O Campo B, denominado como o da microrregulação, representa as relações que se estabelecem entre operadoras, prestadoras e beneficiários, sem uma clara intervenção do estado. Cecílio et al.²¹ afirmam que nesse campo se estabelecem os espaços relacionais que compõem o mercado de seguros privados de saúde propriamente dito.

O processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. Em um sistema assistencialmente regulado, o usuá-

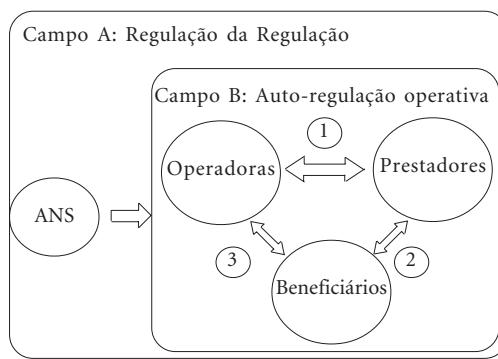


Figura 1. Cartografia do campo regulatório da ANS.

Fonte: Cecílio et al.²¹

rio, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema. A microrregulação, ou regulação assistencial, traduz esse cotidiano da operação do sistema a partir das regras estabelecidas na macrorregulação¹⁹.

A macrorregulação pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscritas nos postulados legais do SUS; em bases corporativas ou tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados. Não existe sistema sem regulação, a diferença se dá a partir das premissas e disputas que o orientam. Nesse entendimento, o agente regulador, dentro de dado contexto histórico e político, busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, direcionando a produção da saúde para os seus macro-objetivos. Os atores regulados respondem a essa regulação de maneiras distintas¹⁹.

A Lei 9.656 estabeleceu a regulação da questão financeira e determinou os limites das coberturas, dando garantias assistenciais aos usuários, no momento em que instituiu os tipos de segmentação e o rol de procedimentos obrigatórios. Porém, na prática, essa regulação tem se revelado segmentada, com diferentes linhas de intervenção simultâneas e não articuladas²².

Malta et al.²² afirmam que a atuação da ANS ocorre com ênfase em três pontos: o primeiro visa à regulação da capacidade da operadora de se manter no mercado; o segundo está voltado para o direito dos consumidores; e o terceiro refere-se aos produtos, aos valores e à cobertura. Dessa forma, o aspecto da produção da saúde não alcançou a centralidade necessária para guiar o processo regulatório.

Nos períodos anteriores à ANS inexistiam informações relativas à saúde suplementar. A organização nesse sentido deu-se após a implantação da agência com a criação dos sistemas de informação: o Sistema de Informações de Produtos (SIP), que possui a finalidade de receber informações cedidas pelas operadoras, permitindo a apreciação da assistência e da situação econômico-financeira e atuarial dos planos privados de saúde; o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), que visa padronizar as informações contidas nas guias trocadas entre os prestadores de serviços e as operadoras, atribuindo maior agilidade ao processo; e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o qual é gerenciado pelo Ministério da Saúde e identifica os estabelecimentos que fazem parte da rede prestadora de serviços das operadoras²³.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o qual contém cadastros das unidades prestadoras de serviços de saúde, é uma ferramenta para programar a contratação de serviços assistenciais e controlar o faturamento, sendo imprescindível para a regulação assistencial. A ANS exige o cadastramento dos estabelecimentos privados no CNES para poder efetuar o seu registro no órgão. Dessa forma, o sistema possui cadastro atualizado dos estabelecimentos, permitindo a gestão e a regulação do setor público e privado¹⁹.

Perfil do segmento odontológico na saúde suplementar

O segmento operador de planos odontológicos vive, atualmente, um momento extraordinário dentro do sistema privado de atenção à saúde. A trajetória ascendente evidencia que, cada vez mais, a população está contratando os serviços dessas operadoras, sejam eles planos coletivos ou individuais¹⁴.

Algumas variáveis estruturais explicam a dinâmica e o crescimento desse mercado: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, o baixo acesso da população aos serviços de saúde bucal e o baixo gasto das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica^{7,24}.

O segmento odontológico saltou de pouco mais de 3 milhões de beneficiários em 2001 para mais de 7 milhões em 2006, chegando a 10 milhões em dezembro de 2008, sendo que cerca de 83% dos vínculos são a planos coletivos. O crescimento acumulado nesse período foi de mais de 200%^{14,25,26}.

A ANS, em seu Caderno de Informações publicado em março de 2011, aponta que o crescimento do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos foi de 14,9% em 2010, totalizando 14.575.160 pessoas com vínculo a pelo menos um plano de saúde odontológico. Embora o crescimento do setor tenha sido o menor desde 2005, ainda é bem superior ao dos planos de assistência médica, que cresceram 8,7% em 2010²⁷.

Já em sua publicação de setembro de 2011, a ANS destaca um crescimento acelerado, uma vez que os dados indicam a existência, em março, de 15,8 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. O aquecimento do mercado é confirmado pelo número de registros de operadoras no período, pois pela primeira vez em dez anos o número de novos registros de

operadoras foi maior que o número de cancelamentos²⁶.

Embora todo esse crescimento tenha sido observado, há ainda uma grande diferença entre o número de beneficiários de planos odontológicos em relação ao número de pessoas vinculadas a planos de assistência médica, que alcançaram o número de 46,6 milhões em março de 2011, ou seja, uma taxa de cobertura de 24,4% da população brasileira²⁷. Esse mercado potencial é objeto de especulações por parte do segmento empresarial, o qual afirma que os planos odontológicos possam chegar a mais de 40 milhões de usuários nos próximos cinco anos^{17,28}.

Pietrobon et al.¹⁴ afirmam que o espaço para crescimento dos planos odontológicos é bastante grande, uma vez que as políticas públicas de promoção e atenção da saúde bucal à população ainda são deficientes e os atuais beneficiários vinculados a operadoras exclusivamente odontológicas representam pouco mais de 8% da população brasileira²⁷.

O segmento odontológico tem se mostrado lucrativo para as empresas atuantes no mercado, uma vez que a taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras) é mais baixa do que a encontrada nos planos de assistência médica. São 437 operadoras registradas, sendo 375 com beneficiários, que tiveram em 2010 uma receita de contraprestações calculada em 1,65 bilhão de reais e uma taxa de sinistralidade de 46%^{26,27}.

Segundo Vieira e Costa,⁷ o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável do ponto de vista empresarial, apresentando uma grande capacidade na geração de receitas que favorecem o crescimento e a permanência dessas empresas no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo, são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade desse segmento empresarial do país.

Por outro lado, os profissionais que se vinculam às operadoras odontológicas têm mostrado insatisfação com relação aos valores pagos pelas empresas pelos procedimentos cobertos, bem como percebem mudanças na questão da autonomia profissional com o avanço da saúde suplementar como nicho de inserção dos profissionais no mercado de trabalho.

D'Avila et al.²⁹, em estudo transversal realizado na Paraíba, afirmam que existe uma insatisfação dos cirurgiões-dentistas quanto à remuneração recebida, ao prazo de pagamento, aos valores pagos e, principalmente, quanto à perda de

autonomia, pois os convênios estão transformando o credenciado ex-profissional liberal em assalariado e prestador de serviço.

Um estudo qualitativo realizado no Sul do país aponta que as operadoras de planos de saúde odontológicos têm interferido efetivamente nos primórdios do imaginário profissional e produzem, assim, mudanças nas formas de organização, gestão e orientação do trabalho do cirurgião-dentista¹⁰.

O debate sobre o rol de procedimentos obrigatórios no segmento odontológico é uma das questões que envolvem tanto os profissionais quanto os beneficiários dos planos, as operadoras e a própria ANS. A relação de procedimentos foi alterada em 2010 através de uma resolução normativa que contou com consulta pública sobre o que deveria ser modificado nas coberturas dos planos de saúde. Para a odontologia, foram acrescentados 16 novos procedimentos, incluindo alguns referentes a próteses unitárias, o que vem causando uma série de denúncias na ANS por conta da recusa da cobertura desses procedimentos por parte das operadoras. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a recusa pode estar associada aos baixos preços que as operadoras querem pagar ao cirurgião-dentista^{30,31}.

Percebe-se então que a relação prestador-operadora é um importante espaço de disputa e está à mercê das leis de mercado, uma vez que as operadoras se valem da crise do setor autônomo da odontologia para impor tabelas de pagamentos muitas vezes abaixo do custo dos procedimentos. A ANS não tem amparo jurídico para regular a remuneração dos prestadores, no entanto costuma atuar nas discussões sobre novas formas de remuneração dos profissionais de saúde de junto com várias entidades de classe.

O recente lançamento da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO) pretende ser um referencial para a reorientação da relação entre cirurgiões-dentistas e operadoras no que se refere aos valores pagos pelos procedimentos odontológicos¹⁷. Lançada oficialmente em maio de 2010, a CBHPO foi desenvolvida pela Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos (CNCC) em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP (Fipe), com o objetivo de construir uma classificação que indicasse a valoração relativa dos procedimentos odontológicos, reconhecendo o trabalho profissional e o custo operacional. A luta agora é pela adoção da CBHPO pelas operadoras, com o objetivo de garantir qualidade ao usuário e dignidade ao profissional³².

A expansão do número de beneficiários dos planos odontológicos traz a necessidade de conhecer a lógica de organização do setor, bem como desafios à regulamentação, no que se refere à assistência prestada, às relações entre usuários, prestadores e operadoras (campo da microrregulação) e ao modelo de atenção praticado.

Apesar do crescimento observado e do grande dinamismo das empresas na captação de clientes e geração de receitas, as práticas assistenciais ainda repetem mecanicamente o modelo hegemônico de base flexneriana característico da odontologia de mercado.

A odontologia no setor suplementar é voltada para o atendimento à demanda espontânea, focada na crescente especialização e fragmentação do cuidado, no enfoque curativo e restaurador do processo saúde-doença, sem considerar os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças^{12,17}.

Os conceitos de acolhimento e vínculo são pouco compreendidos pelos cirurgiões-dentistas. A produção do cuidado em saúde bucal nos espaços relacionais é moldada pelos limites contratuais, pela microrregulação praticada pelas operadoras, pela predominância no uso de tecnologias duras e leve-duras, e pela descontinuidade da linha do cuidado, contribuindo para a baixa eficácia, eficiência e efetividade das ações praticadas no setor¹².

A promoção da saúde na saúde suplementar e a odontologia

A ANS tem estimulado as operadoras de planos privados a repensarem o processo de trabalho, visando a mudanças no setor para um modelo de atenção integral, com a incorporação das práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças¹⁷. Essa proposta de reorientação do modelo assistencial corrobora com a aproximação das ações na saúde suplementar com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as peculiaridades do setor³³.

De fato, considerando o perfil de morbidade e mortalidade da população, a transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos das ações de promoção e prevenção, torna-se de extrema relevância o desenvolvimento dessas práticas no setor de saúde suplementar³⁴.

Dentre as estratégias de regulação indutoras, destacam-se a realização de quatro Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, entre 2004 e 2007;

a elaboração de um Manual Técnico, publicado em 2006 e revisado nos anos subsequentes, sendo que a última edição foi publicada no segundo semestre de 2011; a realização de pesquisa sobre o tema com todas as operadoras ativas no país; o estabelecimento de parcerias para cooperação técnica e desenvolvimento da produção científica do setor; e a avaliação e certificação dos programas desenvolvidos mediante critérios definidos pela Agência³³.

O resultado obtido pelos programas após sua inscrição e avaliação pela ANS poderá beneficiar as operadoras com pontuação na dimensão de atenção à saúde do programa de qualificação da saúde suplementar³⁵.

Nessa nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, em que as operadoras de planos privados de saúde sejam gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária e autonomia; e a ANS, órgão regulador cada vez mais qualificado e eficiente para regular um setor que objetiva produzir saúde³³.

Mais recentemente, a ANS publicou resolução normativa na qual permite que operadoras ofereçam incentivos financeiros na forma de descontos e prêmios para os usuários que aderirem a programas de promoção da saúde e envelhecimento ativo³⁶, como uma das estratégias que refletem o esforço da agência em inverter a lógica curativa do setor.

O desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças tem como objetivo a mudança do modelo assistencial vigente no sistema de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde, além de permitir a racionalização dos custos assistenciais para as operadoras. No que se refere à saúde bucal, observa-se um esforço para promover uma maior integração aos serviços de saúde em geral a partir da conjugação de saberes e práticas que apontem para a promoção e vigilância em saúde, prevenção de riscos e doenças, e a consequente revisão das práticas assistenciais³³.

A ANS reconhece a importância do diálogo na construção de um setor suplementar sustentável e comprometido com a produção da saúde bucal³³, sendo que a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar possui algumas diretrizes baseadas na Política Nacional de Saúde Bucal^{33,37}:

. Assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento

e a recuperação da saúde, não descuidando da atenção nas situações de urgência;

. Estimular a interdisciplinaridade e o multi-profissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada;

. Estimular ações preventivas, como higiene bucal supervisionada, revelação de placa, fluoroterapia, selantes e terapia básica periodontal;

. Utilizar ações educativas objetivando a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde–doença–cuidado, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, estimulando o beneficiário a mudar seus hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia e autocuidado;

. Utilizar protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção com consultas educativas periódicas para todo o conjunto de beneficiários;

. Utilizar as informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, o acompanhamento e a avaliação das ações implementadas;

. Criação de mecanismos de “porta de entrada”, no acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, em que o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra capaz de compreender e explicar os protocolos de funcionamento da rede de serviços contratada. O profissional escolhido será responsável pela referência e contrarreferência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades);

. Criar estratégias de “busca ativa” e identificação dos grupos de risco;

. Acompanhar o impacto das ações em saúde bucal através de indicadores confiáveis e contínuos;

. Definir uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas.

O documento ainda traz orientações sobre o planejamento das ações através de uma abordagem por grupos etários e por agravos bucais mais prevalentes, e evidencia a importância da avaliação e do monitoramento dos programas através de indicadores sugeridos³³.

A fim de traçar o perfil dos Programas de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças desenvolvidos no setor de saúde suplementar, a ANS enviou, em maio de 2008, um Requerimento de Informações solicitando a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde, com cadastro ativo na ANS, que respon-

dessem a um questionário sobre o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças³⁸.

Quanto aos resultados obtidos, 158 operadoras referiram desenvolver programas na área de saúde bucal, dentre as quais 59,7% eram operadoras exclusivamente odontológicas e 40,3% operadoras médico-hospitalares. Entre os temas programáticos abordados pelas operadoras, destacaram-se: higiene bucal, cárie, doença periodontal e câncer de boca³⁸.

O atendimento nos programas está baseado na demanda espontânea, o que reflete o modelo hegemônico curativo-restaurador, que não preconiza ações de identificação de riscos e intervenção precoce. Em relação ao acompanhamento dos usuários dos programas de saúde bucal, 25,3% das operadoras referiram não realizar nenhuma forma de registro e acompanhamento dos inscritos, o que indica pouca preocupação por parte dos gestores em avaliar os resultados e monitorar as ações implementadas nos programas^{17,38}.

Dentre as atividades programáticas ofertadas em nível individual, predominaram o exame clínico, a avaliação/orientação quanto a fatores de risco, a orientação dietética e de higiene, a aplicação tópica de flúor e o encaminhamento para especialistas. No rol de atividades coletivas, o destaque foi para a realização de palestras educativas^{17,38}.

A análise-questionário apontou diversas fragilidades nos programas de promoção da saúde bucal, tais como a baixa cobertura; inconsistência técnica e conteúdo programático limitado a palestras educativas e execução de procedimentos sem evidência científica; não adoção de equipe multidisciplinar; intervenções pontuais que não possibilitavam a continuidade do cuidado; pequena preocupação com a mensuração e a avaliação do impacto das ações^{17,38}.

Apesar das fragilidades apontadas, verifica-se uma tendência crescente na implementação de programas de promoção de saúde e prevenção de doenças pelas operadoras. A ANS está qualificando os parâmetros de avaliação e monitoramento, no entanto o desafio está em desenvolver uma metodologia que possibilite uma abordagem qualitativa dos programas, pois a utilização do princípio da integralidade como eixo orientador da organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde no setor suplementar impõe a necessidade de processos avaliativos para além de mensurações quantitativas, por meio da análise das relações sociais construídas no cotidiano dos serviços e da incorporação do julgamento de diferentes atores¹⁷.

Inserção da odontologia na política de qualificação da saúde suplementar

O campo de atuação da ANS apresenta evidentes e substanciais diferenças com relação aos demais mercados regulados por agências públicas no país, entre as quais se destacam: a finalidade da cobertura contratada (a assistência à saúde) e o fato de o setor ter seu financiamento apoiado em diferentes formas de renúncia fiscal, mecanismo tributário concedido pelo poder público que beneficia o segmento de planos privados de assistência à saúde no Brasil. Considerando ainda as competências atribuídas à ANS pela Lei nº 9.656/2000, em seu art. 4º, reveste-se da maior relevância a proposta de estabelecimento de padrões de qualidade na saúde suplementar¹⁷.

Os modelos assistenciais ganharam um foco importante de atenção por parte do órgão regulador e consequentemente se iniciaram pesquisas nessa linha de investigação. Isso está ligado ao fato de que a ANS, desde 2004, tem desenvolvido o chamado “projeto de qualificação da saúde suplementar”, cujo princípio é o de que a operadora deve ser a gestora do cuidado. Significa que as questões relacionadas diretamente à assistência e à produção do cuidado passam a ser objeto da agenda dos gestores das operadoras e, por outro lado, devem ser objeto epistêmico para a ANS, na medida em que o conhecimento é pressuposto para a sua capacidade em regular o segmento³⁹.

A ideia central dessa nova perspectiva no processo de regulação é a ênfase na qualificação de todos os atores envolvidos – operadoras, prestadores, beneficiários e órgão regulador –, de modo a qualificar o funcionamento do setor, compreendido nas dimensões da Atenção à Saúde, Econômico-Financeira; Estrutura e Operação e Satisfação dos Beneficiários, além do funcionamento do próprio órgão regulador através dos seus processos de trabalho²⁰.

Induzir o setor para a produção de saúde é o principal objetivo da Política de Qualificação da Saúde Suplementar, sendo que uma das estratégias dessa política é a avaliação da qualidade, que tem como princípios norteadores: a avaliação da estrutura e do processo de produção das ações de saúde, assim como do impacto dessas ações na população beneficiária de planos privados de saúde; a perspectiva de sistema; a avaliação de maneira sistemática e progressiva, com exploração dos critérios utilizados para construção dos indicadores²⁰.

Para essa avaliação, a ANS apresenta como prioridade de intervenção o desenvolvimento do

Programa de Qualificação da Saúde Suplementar que se desdobra em dois componentes:

- I. Avaliação de Desempenho das Operadoras, ou Qualificação das Operadoras;
- II. Avaliação de Desempenho da ANS, ou Qualificação Institucional.

O desempenho das operadoras é resultante da avaliação da qualidade em quatro dimensões: atenção à saúde; econômico-financeira; estrutura e operação; e satisfação dos beneficiários. Já o desempenho do órgão regulador é resultante da avaliação da qualidade em quatro eixos direcionais: qualificação da saúde suplementar; desenvolvimento institucional; sustentabilidade do mercado; e articulação e aprimoramento institucional²⁰.

Para o cálculo do IDSS (Índice de Desempenho da Saúde Suplementar), são atribuídos pesos a cada uma das dimensões de avaliação. O IDSS varia de zero a um (0 – 1), sendo que 50% desse valor é dado pelo Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS); 30% pelo Índice de Desempenho Econômico-financeiro (IDEF); 10% pelo Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO) e 10% pelo Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDS). Cada um desses índices de desempenho é medido por um grupo de indicadores²⁰.

Os indicadores odontológicos utilizados para o cálculo do IDAS foram definidos com base nos dados do SB Brasil 2003, considerando as especificidades do setor suplementar e as séries históricas de produção assistencial das operadoras com coberturas odontológicas. Com isso, a ANS procura propor metas condizentes com a realidade do setor suplementar e com o processo de indução para a melhoria da qualidade da atenção à saúde¹⁷.

No Quadro 1, estão relacionados os indicadores odontológicos adotados no processamento dos dados do ano de 2008, a(s) respectiva(s) metodologia(s) de padronização adotada(s) e o peso dado ao indicador para o cálculo do Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS).

A ANS disponibiliza em seu sítio eletrônico as definições, as metas e os métodos de cálculo de cada indicador, bem como suas limitações e vieses, sendo importante destacar limitações referentes aos indicadores “taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído” e “taxa de exodontias de permanentes”, os quais são influenciados pelo tempo de permanência do beneficiário no plano e pela entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada. Por esse motivo, são os indicadores de menor peso no cálculo do IDAS das operadoras de planos odontológicos¹⁷.

Quadro 1. Indicadores Odontológicos do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2008.

Indicador	Padronização por pequena população	Padronização por faixa etária	Peso do indicador no IDAS
Número de consultas odontológicas iniciais por exposto	Sim	Não	2,0
Taxa de pessoas submetidas à aplicação profissional de flúor	Sim	Não	1,5
Taxa de pessoas menores de 15 anos que receberam selantes	Sim	Sim	1,5
Taxa de pessoas com 15 anos ou mais submetidas à terapia periodontal básica	Sim	Sim	1,0
Taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído	Sim	Sim	1,0
Taxa de exodontias de permanentes	Sim	Sim	1,0

Fonte: ANS¹⁷

Dentro da nova perspectiva do processo de regulação, foi feita uma opção estratégica de se dar ênfase à qualidade da dimensão da Atenção à Saúde, buscando uma maior integração da Agência Nacional de Saúde Suplementar com a agenda do Ministério da Saúde. A ANS aposta na mudança do modelo de atenção à saúde vi gente e na possibilidade de se reorganizar a pres tação de serviços no Setor da Saúde Suplementar, para que se paute pelos princípios de acesso necessário e facilitado com atendimento qualificado, integral e resolutivo de acordo com as ne cessidades e os direitos de saúde dos beneficiá rios dos planos de saúde²⁰.

Discussão e considerações finais

A regulação da saúde suplementar, amparada pelas leis 9656/98 e 9965/00, trouxe novos desafios e perspectivas ao setor. Em um primeiro momento, a preocupação maior foi com a adequa ção econômico-financeira das operadoras frente a essa nova forma de organização e novas exi gências da Agência Reguladora (ANS). Passada essa fase, a ANS tem trabalhado com a perspec tiva de melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada e, principalmente, focando em modelos assistenciais voltados para a promoção da saúde e prevenção, rompendo com a lógica curativista e de livre demanda característica do setor.

Contudo, frente às imposições legais, as ope radoras e prestadores têm desenvolvido ferra mentas microrregulatórias como meio de se

manter no mercado. Algumas delas são: institui ção de protocolos, mecanismos de referências e fluxos que dificultam a solicitação de alguns pro cedimentos, copagamento, entre outros. Em vis ta disso, ocorre fragmentação do cuidado, que gira em torno da demanda e da oferta do que foi contratado, e não na linha da produção da saúde e do cuidado²².

A compreensão desse processo microrregulatório é importantíssima para viabilizar a nova perspectiva de regulação. Nesse espaço cabe ques tionar se essa relação pode ocorrer de modo que esteja voltada ao cuidado e à resolubilidade ou de forma autoritária²².

Em relação à odontologia, houve na última década importante crescimento do segmento na saúde suplementar. Por isso torna-se importan te conhecer de que forma as operadoras estão estruturando a atenção odontológica para os seus beneficiários, uma vez que há o desafio de aproximar o modelo de atenção praticado no setor do modelo preconizado pelo SUS – que tem como princípios a universalização do acesso, in tegralidade e equidade, com ênfase no acolhimen to, nas linhas de cuidado e na construção do vínculo com o usuário.

A saúde suplementar deve atuar na linha da promoção e prevenção, incentivando essa perspectiva de trabalho em todos os prestadores para se tornar prática diária incorporada, e não ape nas propaganda da operadora²².

Destaca-se o papel da ANS no fortalecimento das políticas de promoção da saúde, sendo que se observam avanços em relação aos materiais

disponibilizados às operadoras, os quais oferecem suporte teórico e operacional para que os programas de promoção da saúde sejam melhor planejados, estruturados e gerenciados de forma efetiva e eficiente⁴⁰.

No entanto, no setor odontológico há a necessidade de trabalhar melhor os incentivos tanto para as operadoras que desenvolvem os programas de promoção da saúde como para os prestadores, uma vez que, de todos os programas cadastrados e aprovados pela ANS recentemente, poucos contemplam a saúde bucal⁴¹, sendo que a área é considerada pela agência como prioritária no desenvolvimento de programas de promoção da saúde³⁵.

O fortalecimento das operadoras odontológicas no mercado trouxe profundas mudanças no processo de trabalho do cirurgião-dentista. Este passou de profissional liberal a assalariado e prestador de serviços, destacando-se que essa relação prestador-operador é uma arena de disputas em que os profissionais estão à mercê das leis do mercado. A ANS não tem intervindo nas negociações e nos contratos entre operadoras e prestadores por questões legais, sendo que a remuneração inadequada aos prestadores, somada ao grande crescimento na rentabilidade das operadoras e ao modo de pagamento da produção por procedimentos, pode estar induzindo ao sobretratamento e ao retratamento. Ou seja, estimulando o excesso de procedimentos curativos realizados em detrimento dos programas de promoção e prevenção, os quais utilizam tecnologias leves e com menor valor agregado.

Dessa forma, repete-se o modelo de atenção curativo, fragmentado e ineficaz, o que vai de encontro à mudança de paradigma proposta pela ANS, no qual o objetivo de um sistema de saúde deve ser promover a saúde, e não somente tratar doenças.

No que se refere às políticas de qualidade da atenção propostas pela agência, trata-se de importante estratégia para a qualificação dos atores envolvidos na saúde suplementar, e dessa forma a ANS avança no processo regulatório preocupada cada vez mais com o modelo de atenção à saúde dos beneficiários.

Contudo, ao analisar os indicadores odontológicos considerados na avaliação da dimensão de atenção à saúde, percebe-se que, embora com diferentes pesos na constituição do índice, ainda estão focados no atendimento individual e na prática curativa, características do modelo de atenção hegemônico da odontologia de mercado, o que se opõe à proposta da ANS de fortale-

cimento de programas de promoção da saúde com ênfase coletiva.

Há a necessidade de revisão dos indicadores odontológicos para que estes realmente permitam avaliar o modelo de atenção à saúde bucal praticado pelas operadoras e, a partir dessa avaliação, possibilitar a formulação de estratégias reguladoras que induzam as operadoras a trabalhar com a promoção da saúde. Uma forma de incentivo às operadoras seria a maior valorização dos programas de promoção da saúde e prevenção na constituição do IDAS e mesmo do IDSS, pois o que ocorre atualmente é apenas uma pontuação bônus que não está claramente definida nas instruções normativas do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar.

Apesar de todo o avanço conquistado desde o marco regulatório da saúde suplementar, ainda há um longo e obscuro caminho a ser percorrido na busca da aproximação do setor com o modelo do SUS. O sistema de saúde no Brasil, embora denominado Único, mostra-se segmentado, fruto do embate entre diferentes grupos, dotados de valores políticos e ideológicos opositos. Persiste o embate entre dois modelos de atenção à saúde. De um lado, o modelo médico privatista, predominante no período anterior à criação do SUS, que segue hegemônico e exercendo forte pressão sobre o este, e que considera saúde uma mercadoria que deve ser comercializada segundo as leis do mercado. De outro lado, está o modelo que considera a saúde como um direito humano, portanto de acesso universal⁴².

A ANS, como agência vinculada ao Ministério da Saúde, tem importante papel na reversão desse modelo através da regulação e também da intervenção no processo microrregulatório. Operadoras, prestadores e beneficiários devem buscar uma relação justa, em que o profissional receba valores dignos pelos serviços prestados, o beneficiário tenha o seu direito a saúde garantido de forma integral e as operadoras trabalhem não somente visando ao lucro, mas com o objetivo maior de serem gestoras do cuidado em saúde enquanto direito de cidadania.

No setor odontológico, a melhoria das condições da saúde bucal da população depende do fortalecimento de políticas públicas reguladoras que busquem a qualidade e a integralidade da atenção tanto no âmbito público como no privado. Na saúde suplementar o modelo de atenção deve centrar-se nas necessidades a partir das informações sobre o conjunto de beneficiários, e não apenas na lógica da oferta e demanda de procedimentos.

Por fim, o grande desafio da odontologia passa pelo seu fortalecimento enquanto política de saúde pública acessível a todos os brasileiros e pela qualificação da atenção odontológica na saúde suplementar.

Colaboradores

D Garbin e GS Mattevi realizaram a pesquisa bibliográfica e a elaboração do artigo. DL Carcerei e JC Caetano contribuíram com a orientação e a revisão crítica do artigo.

Referências

1. Manfredini MA. *Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
2. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press; 2010.
3. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Consultas*. [página do CFO na Internet]. 2011. [acessado 2011 nov 28]; [cerca de 1pg.]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2011/06/Total_Geral_Brasil.pdf.
4. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Faculdades de odontologia existentes no Brasil – 2010*. [página do CFO na Internet]. 2010. [acessado 2011 jul 04]; [cerca de 1pg.]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf.
5. Moysés SJ. Políticas de Saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO* 2004; 4(1):30-37.
6. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. A dimensão ética da formação profissional em saúde: estudo de caso com cursos de graduação em odontologia. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4481-4492.
7. Vieira C, Costa NR. Estratégia profissional e mitemtismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1579-1588.
8. Manfredini MA. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde. In: *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2009. p. 17-29.
9. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N. Esp.):141-147.
10. Pietrobon L. *Planos de saúde: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista* [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
11. Almeida Filho N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Lancet* 2011; 377(9781):1898-1900.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais em saúde suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005.
13. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM). *O processo de elaboração, validação e implementação das diretrizes clínicas na saúde suplementar no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
14. Pietrobon L, Silva CM da, Batista LRV, Caetano JC. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1589-1599.
15. Brasil. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2000; 28 jan.
16. Brasil. Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 03 jun.
17. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2009.
18. Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1535-1542.
19. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comun. Saude Educ* 2006; 10(19):25-41.
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Programa de qualificação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS; 2010.
21. Cecílio LCO, Aciole GG, Meneses CS, Iriart CB. A saúde suplementar na perspectiva da microrregulação. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Duas Faces da Mesma Moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: MS; 2005. p. 63-74.
22. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE, Franco TB, Jorge AO, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Cien Saude Colet* 2004; 9(2):433-444.
23. Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CRO/SP). *Orientações ao Cirurgião-Dentista prestador de serviços às Operadoras de Planos de Saúde*. São Paulo: ANS; 2010. [acessado 2012 dez 2]. Disponível em: http://antigo.crosp.org.br/comunicados_diversos/ans/manual.pdf.

24. Medeiros UV, Miranda MSDF. O papel do auditor odontológico. *Rev bras odontol* 2010; 67(1):63-68.
25. Moysés SJ. O mercado de Planos Odontológicos no Brasil. *Rev ABO Nac* 2009; 17(3):144-147.
26. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.* (Setembro de 2011). Rio de Janeiro: ANS; 2011.
27. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.* (Março de 2011). Rio de Janeiro: ANS; 2011.
28. Oliveira R, Leite VS. Planos odontológicos desaceleram expansão. *Gazeta Mercantil.* [jornal na Internet]. 2009; 14 abr. [acessado 2011 ago 15]. Disponível em: <http://www.sinog.com.br/release.asp?id=387>.
29. D'avila S, Oliveira PAP, Lucas RSCC, Souza EA. Assistência odontológica x planos de saúde: um estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007; 7(3):259-263.
30. Brasil. Resolução normativa RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 11 jan.
31. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *ANS envia para consulta pública sugestões sobre alteração no número mínimo de procedimentos em saúde suplementar.* [página do CFO na Internet]. 2011. [acessado 2011 jul 04]; [cerca de 1p.]. Disponível em: <http://cfo.org.br/todas-as-noticias/fique-atento-as-noticias-relativas-a-ans-e-a-saude-suplementar/>
32. CBHPO lançada em Brasília. *Jornal do CFO* 2010; abr.-mai.-jun. p.03.
33. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.* 4ª Edição. Rio de Janeiro: ANS; 2011.
34. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Nota Técnica- RN Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças.* (Agosto de 2011). Rio de Janeiro: ANS; 2011.
35. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Projeto da gerência-geral Técnico-assistencial dos produtos para Ações de promoção da saúde e prevenção de Riscos e doenças na saúde suplementar.* Dezembro 2007. [acessado 2012 fev 09]; [12p]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Promoprev/projeto_acoes_promoprev.pdf.
36. Brasil. Resolução normativa RN nº 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo. Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. *Diário Oficial da União* 2011; 19 ago.
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília: MS; 2004.
38. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.* Rio de Janeiro: ANS; 2008.
39. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integridade em Saúde (LAPPIS). *Relatório Técnico - Modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado.* Rio de Janeiro: LAPPIS; 2007.
40. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.* Rio de Janeiro: ANS; 2011.
41. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Lista das operadoras com programas aprovados pela ANS.* [página da ANS na Internet]. 2011. [acessado 2012 fev 08]; [cerca de 19p.]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/Promoprev/programa_aprovado_dezembro_2011.pdf
42. Narvai PC, Carcereri DL. Salud Bucal Colectiva en Brasil. In: Castaño-Séiquer A, Ribas-Pérez D, organizadores. *Odontología preventiva y comunitaria: la odontología social. Un deber, una necesidad, um reto.* Madrid: Fundación Odontología Social; 2012. p. 843-854.

Artigo apresentado em 30/11/2011

Aprovado em 07/08/2011

Versão final aprovada em 27/02/2012