Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Planos odontológicos:
evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS
Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO
Avenida Augusto Severo, 84 - Glória
CEP 20021-040
Rio de Janeiro - RJ – Brasil
Tel.: +55 21 2105-0000
Disque-ANS: 0800 701 9656
http://www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

1ª Edição - 2009

Diretoria Colegiada da ANS - DICOL

Diretor-Presidente da ANS - PRESI
Fausto Pereira dos Santos

Diretor de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Jose Leoncio Feitosa

Diretor de Fiscalização - DIFIS
Eduardo Sales

Diretor de Gestão - DIGES
Hésio Cordeiro

Diretor de Normas e Habilitação de Operadoras - DIOPE
Alfredo Cardoso

Diretor de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO
Fausto Pereira dos Santos

Secretário-Executivo da ANS
Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO
Alfredo José Monteiro Scaff

Gerente-Geral da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Martha Regina de Oliveira

Gerentes da Gerência-Geral Técnico-Assistencial dos Produtos - GGTAP/DIPRO
Kylza Aquino Estrella e Karla Santa Cruz Coelho

Gerente de Comunicação Social - GCOMS/DICOL
Rachel Crescenti

Elaboração técnica:

Bruno Rodrigues, Fábio Dantas Fassini, Fábio dos Santos Fonseca, Felipe Umeda Valle, Heitor Franco Werneck, José Felipe Riani Costa, Jussara Macedo Pinho Rotzsch, Martha Regina de Oliveira, Michelle Mello de Souza Rangel, Milene Lima Sefair, Renata Fernandes Cachapuz, Rosana Vieira das Neves e Simone Fabiano Mendes.

Organização:
Michelle Mello de Souza Rangel e José Felipe Riani Costa

Revisão:
Michelle Mello de Souza Rangel

Projeto gráfico:
Eric Estevão (coordenação/capa) e Silvia Batalha (diagramação) – GCOMS/DICOL

Fotografia (capa):
Getty Image

Revisão ortográfica e gramatical:
Ana Flores – GCOMS/DICOL

Apoio Bibliotecário:
Iara Vidal Pereira de Souza - CODOB/DIGES

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

A265

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil).
Planos odontológicos : evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – Rio de Janeiro : ANS, 2009.
152 p.

1. Plano odontológico. 2. Saúde bucal.
3. Saúde suplementar. I. Título.

CDD – 368.3823

Catalogação na fonte – Biblioteca ANS - Coordenação de Documentação e Biblioteca (CODOB)

Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas 7

Lista de quadros 10

Lista de gráficos 11

Lista de figuras 12

Apresentação 15

I. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde 17
Ministério da Saúde
Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Marco Antônio Manfredini

II. A política nacional de saúde bucal: Brasil Sorridente 31
Ministério da Saúde
Coordenação Nacional de Saúde Bucal
Gilberto Alfredo Pucca Jr
Alexandre Raphael Deitos

III. O mercado privado de planos odontológicos no Brasil 47
Agência Nacional de Saúde Suplementar

IV. Cenários e perspectivas na fiscalização dos planos odontológicos de assistência à saúde 57
Agência Nacional de Saúde Suplementar

V. Panorama econômico-financeiro das operadoras exclusivamente odontológicas 79
Agência Nacional de Saúde Suplementar

VI. A promoção da saúde nos planos odontológicos: estratégias e resultados do Requerimento de Informações 85
Agência Nacional de Saúde Suplementar

VII. A implantação do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar 97
Agência Nacional de Saúde Suplementar

VIII. A importância da gestão qualificada dos dados assistenciais registrados no Sistema de Informações de Produtos 113
Agência Nacional de Saúde Suplementar

IX. Indicadores de saúde bucal do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: características e perspectivas 123
Agência Nacional de Saúde Suplementar

X. Regulação econômico-financeira e atuarial dos produtos exclusivamente odontológicos 141
Agência Nacional de Saúde Suplementar

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD	Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas
ABO	Associação Brasileira de Odontologia
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CAHQ	Coalition for Affordable Quality Healthcare
CBHPO	Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
Consu	Conselho de Saúde Suplementar
Condisi	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
Copiss	Comitê de Padronização de Informações na Saúde Suplementar
DIDES	Diretoria de Desenvolvimento Setorial
DIFIS	Diretoria de Fiscalização
DIGES	Diretoria de Gestão
DIOPE	Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras
DIOPS	Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde
DIPRO	Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
ESB	Equipes de Saúde Bucal
FDI	Federação Dentária Internacional

FIO	Federação Interestadual de Odontologistas
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo
FNO	Federação Nacional dos Odontologistas
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GGRIN	Gerência-Geral de Relacionamento Institucional
GTO	Guia Tratamento Odontológico
HIPAA	American Health Insurance Portability and Accountability
HL7	Health Level 7
IADR	Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDAS	Índice de Desempenho da Atenção à Saúde
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDEF	Índice de Desempenho Econômico-Financeiro
IDEO	Índice de Desempenho de Estrutura e Operação
IDSB	Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
IHTSDO	International Health Terminologies Standards Development Organization
IPO	*Initial Public Offering*
ISO	International Standards Organisation
LRPD	Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias
MACRO	Mediação Ativa de Casos Recorrentes com Operadoras

NEHTA	National E-Health Transition Authority
NHS	National Health Service
NIP	Notificação de Investigação Preliminar
NGS-1	Nível de Garantia de Segurança 1
NGS-2	Nível de Garantia de Segurança 2
NTRP	Nota Técnica de Registro de Produtos
Nuraf	Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONCHIT	Office of the National Coordinator for Health Information Technology
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNIIS	Programa Nacional de Informação e Informática em Saúde do SUS
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RES	Registro Eletrônico de Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Resolução Normativa
RVE	Reparação Voluntária e Eficaz
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SIB	Sistema de Informações de Beneficiários
Sinog	Sindicato Nacional das Empresas de Odontologias de Grupo
SIP	Sistema de Informações de Produtos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNDC	Sistema Nacional de Defesa do Consumidor
SP/SADT	Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia
TCAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta
TI	Tecnologia da Informação
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar
XML	Extensible Markup Language

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados do SB Brasil 2003
Quadro 2	Distribuição da frequência média dos eventos por exposto nos anos de 2002 a 2007
Quadro 3	Distribuição do custo médio das despesas por evento, durante os anos de 2002 a 2007
Quadro 4	Indicadores Odontológicos do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2008
Quadro 5	Média das despesas odontológicas por exposto segundo faixa etária e tipo de contratação, nov. 2008
Quadro 6	Percentual máximo de reajuste aplicado em planos individuais/familiares, Brasil - 2000-2004
Quadro 7	Adequação de reajuste conforme cláusula estabelecida no contrato

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Média de CPO-D e participação dos componentes de acordo com a idade, Brasil - 2003
Gráfico 2	Equipes de Saúde Bucal implantadas, Brasil - dez. 2002-jun. 2009
Gráfico 3	Centros de Especialidades Odontológicas implantados, Brasil - out. 2004-jun. 2009
Gráfico 4	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária implantados, Brasil - dez. 2005-jun. 2009
Gráfico 5	Taxa de crescimento do número de beneficiários, por cobertura assistencial, Brasil –2004-2008
Gráfico 6	Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por modalidade da operadora, Brasil – 2002-2009
Gráfico 7	Receita em reais de contraprestações das operadoras exclusivamente odontológicas, segundo modalidade, Brasil - 2003-2008
Gráfico 8	Percentual de operadoras segundo tema abordado nos programas de promoção em saúde bucal, Brasil – 2008
Gráfico 9	Percentual de operadoras segundo estratégia de identificação e captação da população-alvo, Brasil – 2008
Gráfico 10	Percentual de operadoras segundo forma de registro e acompanhamento dos inscritos, Brasil – 2008
Gráfico 11	Volume de Guias Trocadas, por Região do Brasil – 2008
Gráfico 12	Número de Beneficiários em Planos Exclusivamente Odontológicos e Proporção sobre o Total de Beneficiários da Saúde Suplementar, Brasil - 2000-2009
Gráfico 13	Proporção dos Contratos Individuais/Familiares nas Segmentações Médico- Hospitalar e Odontológica, Brasil – 2000-2009
Gráfico 14	Distribuição das operadoras de acordo com a qualidade dos dados enviados para construção dos indicadores de saúde bucal, Brasil – ano-base 2008

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Percentual de Troca Eletrônica por Unidade Federativa, Brasil – 2008
Figura 2	Peso dos Índices das diferentes Dimensões no cálculo do IDSS
Figura 3	Formação dos preços dos planos privados de assistência à saúde

Apresentação

O crescimento dos planos odontológicos no mercado de planos privados de saúde suscitam desafios próprios para a regulação e para as atividades desenvolvidas no setor. Considerando as peculiaridades da segmentação odontológica e da assistência em saúde bucal, e com a finalidade de promover uma interação que contribua para a qualificação das relações constituídas no setor, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, em novembro de 2008, o Encontro Nacional de Saúde Bucal na Saúde Suplementar.

Esta publicação é uma compilação dos principais temas abordados nesse evento e representa um marco na evolução no processo regulatório dos planos com cobertura odontológica.

Desde a publicação da Lei nº 9.656/98, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, e da Lei nº 9.961/00, que cria a ANS, as operadoras de planos odontológicos vivenciaram o processo regulatório adaptando-se às novas regras e estabelecendo canais para a discussão das especificidades desse segmento.

Ao longo dessa caminhada, muitos avanços foram conquistados. De certo, ainda persistem desafios para a regulação do setor, tais como a qualificação dos dados e informações; a superação do modelo com enfoque curativo e restaurador; o desenvolvimento de programas de promoção da saúde bucal, entre outros. Verificamos o esforço do órgão regulador em institucionalizar conceitos e práticas capazes de provocar mudanças organizacionais que auxiliem a tomada de decisões e possibilitem a definição de estratégias de intervenção, contribuindo, assim, para a qualificação da gestão e da atenção à saúde bucal no setor suplementar.

A realização do Encontro Nacional de Saúde Bucal na Saúde Suplementar é um exemplo desse esforço e da certeza de que o diálogo entre os atores do setor é um caminho promissor para a construção de um setor suplementar sustentável e comprometido com a produção da saúde bucal.

Fausto Pereira dos Santos
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

I. Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde

Introdução

Ao término da primeira década do século XXI, a Odontologia brasileira surge como uma das mais importantes no cenário mundial. Com mais de 227 mil cirurgiões-dentistas inscritos nos Conselhos de Odontologia, o país dispõe de 188 faculdades de odontologia.

O complexo odontológico-industrial é pujante, com predomínio de empresas com maior aporte de capital nacional no setor, que respondem pela produção de equipamentos de ponta, com razoável grau de acúmulo tecnológico e posição de destaque no mercado global. O país é o segundo maior mercado de produtos de higiene bucal no mundo, constituindo-se em uma grande plataforma produtora e exportadora destes insumos.

O quadro epidemiológico começa a se alterar com a redução da incidência de cárie dentária em crianças. Persistem grandes desigualdades regionais, com o declínio de doenças e melhores condições de saúde bucal nas áreas urbanas de capitais das regiões Sul e Sudeste, a permanência do quadro de edentulismo alarmante, e o surgimento de outras necessidades como as oclusopatias. Em decorrência da mudança do perfil demográfico, outras doenças como o câncer bucal começam a ter maior incidência.

Dois movimentos concomitantes ocorrem nesta década, no âmbito dos serviços públicos e privados: a entrada da Saúde Bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento das operadoras de planos odontológicos.

Odontologia de mercado e saúde bucal coletiva: entendendo conceitos

Narvai (2002) define a Odontologia de Mercado como a prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, realizada por um sujeito individual (o cirurgião-dentista), no ambiente clínico-cirúrgico. Hegemônica, essa prática adotada como modelo no setor privado acabou sendo reproduzida mecânica e acriticamente nas atividades desenvolvidas pelos serviços públicos.

A Saúde Bucal Coletiva sustenta-se na politização dos agentes etiológicos, na vinculação ao campo das práticas coletivas em saúde e nas ações de natureza coletiva, de acordo com Botazzo (1992). O corpo biológico, com a inclusão da boca, teria usos diferenciados segundo as classes sociais. Os agravos biológicos à saúde seriam condicionados pelos modos sociais de viver, engendrados pela e na própria sociedade humana.

A interdisciplinaridade das práticas seria entendida como a consciente e mútua cooperação no trabalho dos vários agentes de saúde, superando as intervenções compartimentadas. A saúde bucal coletiva seria inseparável das ações que organiza junto ao coletivo e com o coletivo, mais do que as que organizam sobre o coletivo (BOTAZZO, 1992).

A década dos anos 1990 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Odontologia de Mercado tem sido o maior prestador de serviços odontológicos no Brasil. O país convive com graves dificuldades no acesso à assistência odontológica, como se constatou na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998.

Nessa ocasião, identificou-se que 18,7% dos entrevistados declararam nunca ter consultado um cirurgião-dentista, o que equivaleria a 29,6 milhões de brasileiros. As maiores proporções desses eram de crianças menores de 4 anos (85,6%), homens (20,5%) e população residente em áreas rurais (32,0%). Para se verificar a importância da renda familiar média no acesso aos serviços odontológicos, a porcentagem que declarou nunca ter consultado dentista era nove vezes superior entre as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebiam mais de 20 salários mínimos (BRASIL, 2000a).

Durante a década dos 1990, Narvai e Frazão (2008) verificaram que houve expressivo declínio das ações de saúde bucal no Ministério da

Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal, a partir do governo Itamar Franco. Essa segue irrelevante durante os anos 1990, atravessando esse governo e o de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), sem qualquer renovação.

É neste contexto que se processam a promulgação da Lei Federal nº 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei Federal nº 9.961/00. Tratam-se dos primeiros instrumentos para a regulação da saúde suplementar no Brasil. A partir daí, criam-se os mecanismos para ordenar o mercado de prestação de serviços privados de saúde através de planos e seguros de saúde. Em dezembro de 2002, 2,31 milhões de brasileiros eram beneficiários da odontologia de grupo e 1,08 milhão, de cooperativas odontológicas (BRASIL, 2004a).

No início do século XXI, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM nº 1.444/00. Essa portaria criou o Incentivo de Saúde Bucal para o financiamento das ações e da inserção de profissionais de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF), para duas modalidades de equipes de saúde bucal.

Embora alguns municípios tivessem incorporado a assistência odontológica nas atividades do PSF, com recursos próprios na década dos 1990, a Portaria viabilizou o aporte de recursos federais para implantar equipes de modalidade I (cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário) e modalidade II (cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário), além de um incentivo adicional em parcela única por equipe implantada, para aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos (BRASIL, 2000b).

Em março de 2001, foram implantadas as primeiras equipes de modalidade I e II. Entretanto, a expansão foi tímida, pois em dezembro de 2002, havia 3.819 equipes modalidade I e 442 equipes de modalidade II implantadas, com uma cobertura populacional de 15,2% da população (BRASIL, 2008 b).

A década dos anos 2000: a criação do Brasil Sorridente

Após a posse do Presidente Luís Inácio Lula da Silva, abriu-se a possibilidade de aglutinação de um projeto comum às forças democráticas que desejavam a saúde bucal como um direito de cidadania (BRASIL, 2006).

A conclusão, em 2003, do Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira, iniciado em 2000, foi a primeira ação. O levantamento confirmou a tendência de queda na cárie dentária

das crianças em idade escolar, a persistência de grandes desigualdades regionais, com a concentração de declínio e de melhores condições de saúde bucal em área urbana de capitais do Sul e Sudeste, o quadro de edentulismo alarmante e o surgimento de outras necessidades como as oclusopatias (RONCALLI, 2006).

Ao se analisar os resultados de cárie dentária e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000, observou-se que somente na idade de 12 anos, as metas foram atingidas. Nas outras faixas etárias os níveis estavam aquém das metas propostas (BRASIL, 2004b).

Nesse mesmo ano, o IBGE realiza pesquisa sobre o acesso e utilização de serviços de saúde. A parcela de brasileiros que nunca foi ao dentista era de 15,9%, o que correspondia a 27,9 milhões de pessoas. A proporção dos que nunca consultaram um dentista era de 81,8% entre os menores de cinco anos, de 17,5% nos homens e 14,3% nas mulheres, de 13,6% na população urbana e 28% na rural. Enquanto 31% da população com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo nunca fizeram uma consulta odontológica, a proporção diminuía para 3%, nos que tinham rendimento superior a 20 salários mínimos (BRASIL, 2005).

Em janeiro de 2004, foi lançado o documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal". As diretrizes constituem o eixo político básico para a reorientação das concepções e das práticas no campo da saúde bucal, sendo conhecida sob a marca "Brasil Sorridente". A reorganização da atenção em saúde bucal é proposta em todos os níveis de atenção, sendo a reorientação do modelo centrada no eixo do cuidado. Para organizar esse modelo, são propostas "linhas do cuidado" para a criança, adolescente, adulto e idoso.

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, com acesso disponível para todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção.

O modelo de atenção centra-se nos pressupostos da qualificação da atenção básica, da garantia de articulação da rede de atenção básica e a rede de serviços, da efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal, na utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento, no acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados, na atuação centrada na vigilância à saúde, na incorporação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, na definição de uma política de educação permanente para os

trabalhadores, no estabelecimento de uma política de financiamento e na definição da agenda de pesquisa científica.

As ações de saúde bucal previstas são de promoção e proteção de saúde, recuperação e reabilitação. A promoção de saúde bucal se insere num conceito ampliado de saúde, que transcende a dimensão do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Adota-se a lógica da construção de políticas públicas saudáveis, direcionadas a toda a comunidade, que possam gerar oportunidade de acesso à água tratada, incentivem a fluoretação das águas, a utilização de creme dental fluoretado e a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados.

As ações de recuperação envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças e as de reabilitação consistem na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença. A ampliação do acesso é proposta pela inserção transversal da saúde bucal nos programas por linhas de cuidado ou por condição de vida (saúde da mulher, do trabalhador, de portadores de necessidades especiais, dos hipertensos e diabéticos, dentre outras).

O impacto da política se evidencia na expansão do número de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, na ampliação do acesso a serviços especializados e no maior aporte de recursos federais para a área (BRASIL, 2008, a,c).

Para a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, propõe-se a implantação e melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que ofertam procedimentos em periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia (BRASIL, 2004c). Essa característica do padrão assistencial odontológico no sistema público de saúde brasileiro é, talvez, a característica que mais distingue o Brasil Sorridente do que se fez no país até então, em que as ações assistenciais praticamente se esgotavam na denominada atenção básica, voltada para escolares e gestantes.

A valorização do nível secundário de atenção, que se traduz por mais instalações e mais serviços prestados, constitui um indicador potente da virada no modelo assistencial. Quando se leva em conta que isso é, reconhecidamente, acréscimo, e não veio, portanto, em substituição do que se faz na atenção básica, então se pode afirmar com razoável segurança que houve melhora na oferta de serviços públicos odontológicos.

Outro incremento expressivo se processou na implantação dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), para a confecção de próteses totais ou próteses parciais removíveis, em unidades municipais, estaduais ou terceirizadas credenciadas.

O Ministério da Saúde iniciou o processo de organização do Projeto SB Brasil - 2010, que visa atualizar o perfil de saúde bucal no país, para avaliação da situação epidemiológica e subsídios posteriores para o planejamento. A pesquisa, submetida a consulta pública no início de 2009, pretende tornar a execução de estudos epidemiológicos nacionais uma prática contínua e perene, compondo o eixo da produção de dados primários do componente de Vigilância à Saúde.

Odontologia suplementar: desafios e perspectivas

Estudos sobre Odontologia de Mercado são exíguos no Brasil. A produção científica do campo de conhecimento que se alinha à Saúde Bucal Coletiva tem priorizado a análise no âmbito do setor estatal. Reside aí uma contradição: como esse campo teórico relega a um plano secundário a realização de estudos sobre o setor hegemônico de prestação de serviços assistenciais no país, que é o da Odontologia de Mercado?

1. Desembolso direto e saúde suplementar

A Odontologia de Mercado se constituiu a partir de serviços odontológicos privados, viabilizados através do desembolso direto dos consumidores, sob a forma do setor privado autônomo. Na primeira década do século XXI, nota-se a expansão de outro tipo de organização prestadora de serviços, a partir das modalidades de saúde suplementar.

Dados sobre o desembolso direto com consulta e tratamento dentário, típico do setor privado autônomo, podem ser obtidos nas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Essas apontam o declínio relativo nos gastos percentuais médios com esses itens, ao se comparar a POF de 1996 (1,19%) com a de 2003 (0,54%) (VIEIRA e COSTA, 2008).

Ao analisar os gastos das famílias com saúde na POF 2002-2003, Menezes et al (2007) constatam que aproximadamente 60% desses se concentram em medicamentos e planos de saúde. Ao verificar o peso de cada componente da assistência à saúde no gasto total de cada décimo de renda, observa-se que os gastos das famílias mais pobres estão concentrados em remédios (79,4% do total do gasto com saúde), ao passo que os gastos das famílias mais ricas estão concentrados em planos e seguros de saúde (82,8%).

A participação e o gasto com consultas e tratamento dentário nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul são bem superiores a das regiões Norte e Nordeste. Em relação aos gastos com saúde por subgrupos,

observam-se diferenças significativas por décimos. Essas diferenças são muito significativas para consultas e tratamento dentário (diferença de 113 vezes entre o décimo mais rico e o mais pobre) (MENEZES et al., 2007).

As disparidades regionais observadas no mercado de operadoras de planos odontológicos também se refletem nos setores atendidos pelo setor privado autônomo. Os estudos conduzidos pela ANS permitem estimar as receitas das operadoras; os gastos com desembolso direto são mais difíceis de serem aferidos. Entretanto, é possível inferir que a participação das operadoras na Odontologia de Mercado está se ampliando, convivendo com a estagnação ou pequeno incremento no setor privado autônomo.

2. Mercado potencial da odontologia suplementar

O potencial mercado da odontologia suplementar é objeto de polêmica. Mesmo com o consistente crescimento verificado na última década, o total de beneficiários ainda permanece distante do total de beneficiários dos planos assistenciais médicos. Há um gap significativo entre os 11,2 milhões de usuários de planos odontológicos e os 41,3 milhões de planos de assistência médica com ou sem odontologia. Como não há identificação única, podem existir beneficiários duplicados, caso possuam mais de um plano de saúde.

A segmentação estabelecida pela Lei Federal nº 9.656/98 definiu como possibilidades de cobertura assistencial os planos de assistência médica com ou sem odontologia (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia), e os exclusivamente odontológicos.

Esse mercado potencial é objeto de variadas projeções, por parte do segmento empresarial. O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog) estima que os planos odontológicos possam beneficiar mais de 40 milhões de usuários nos próximos cinco anos (OLIVEIRA e LEITE, 2009). Diretor corporativo de empresa de medicina de grupo projeta em quase 30 milhões o número de novos beneficiários para o setor de planos de saúde odontológicos (SPAGNUOLO, 2009).

Entretanto, para um país com 191 milhões de habitantes, ficam evidentes as limitações desse mercado para prover assistência odontológica para todos os brasileiros, o que reforça a necessidade da continuidade e expansão do Brasil Sorridente, o seu reconhecimento como política de Estado e não de Governo, e o envolvimento das esferas estaduais e municipais para a ampliação dos serviços públicos odontológicos.

3. Dinamismo de mercado e modalidades de operadoras

O dinamismo no mercado das empresas de planos de odontologia tem sido observado recentemente. Empresa do setor de odontologia de grupo realizou a abertura de capital no mercado acionário através de um Initial Public Offering (IPO), e adquiriu sete empresas concorrentes, atingindo a marca de 2,6 milhões de beneficiários. Grandes companhias da área de saúde e de seguros têm demonstrado interesse pelo segmento odontológico. Empresa controlada por grupo de investimentos ampliou a base de clientes de 501 mil para 849 mil beneficiários, em apenas um ano. Seguradora dental, vinculada a um grande banco privado brasileiro, já dispõe de 1,2 milhão de beneficiários (AMORIM, 2009).

Esse dinamismo pode ser observado na participação em empresas de outros países, como o México, onde a empresa de odontologia de grupo líder no Brasil realizou uma joint-venture, detendo 40% desta participação. Argentina, Chile e Colômbia são países que despertam o interesse de outras empresas. Gerente de empresa colombiana prestadora de serviços odontológicos reconhece que o avançado grau de tecnologia e dos recursos das empresas brasileiras favoreceria as futuras alianças com empresas de outros países, para explorar esses mercados (SPAGNUOLO, 2009).

Mudança importante se processa na distribuição dos beneficiários, por modalidade da operadora. Ao se compararem os dados disponibilizados pela ANS para dezembro de 2000 e dezembro de 2008, vê-se que a participação da cooperativa odontológica no total de beneficiários decresceu de 23,0% para 18,7% e a de odontologia de grupo, de 62,1% para 58,8%. Por outro lado, a participação da seguradora especializada em saúde aumentou de 8,8% dos beneficiários para 10,8% e a medicina de grupo cresceu de 3,7% para 10,2% (BRASIL, 2009a).

Esse crescimento percentual de participação das seguradoras especializadas em saúde e da medicina de grupo na distribuição interna dos planos exclusivamente odontológicos deve ser objeto de novas análises nos próximos anos.

4. O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar

O papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se qualificou nos últimos anos. A disponibilização pública de dados sobre a distribuição e perfil de beneficiários, operadoras, planos e da situação

econômico-financeira do setor contribui para a transparência e o controle público.

Essas análises incluem estudos sobre cenários e perspectivas na fiscalização dos planos odontológicos de assistência à saúde; panorama econômico-financeiro das operadoras exclusivamente odontológicas; promoção da saúde nos planos odontológicos; diretrizes clínicas e modelos de incentivos; implantação do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar; importância da gestão qualificada dos dados assistenciais registrados no Sistema de Informações de Produtos; Programa de Qualificação da Saúde Suplementar; monitoramento da rede em planos odontológicos e nota técnica atuarial e reajuste de planos odontológicos (BRASIL, 2008c).

A consolidação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, observada nesta década, com a criação de áreas formadas por corpo funcional estável, é uma importante conquista para o pleno exercício da função regulatória pelo Estado.

5. Estado e regulamentação

O papel do Estado na regulamentação deste setor deve ser exercido com vigor. Esse é um dos caminhos para salvaguardar os interesses da população beneficiária destes serviços. Santos (2007) propõe três desafios para o processo regulatório: a regulação da relação público/privado; a mudança do modelo assistencial praticado pelo setor suplementar e a garantia dos aspectos concorrenciais.

O debate sobre o rol mínimo de procedimentos é um exemplo dessa disputa. O artigo 12 da Lei Federal nº 9.656/98 estabelece a cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente; a cobertura de procedimentos preventivos, de dentística, endodontia e de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

O rol de procedimentos odontológicos foi elaborado para regulamentar os eventos em Odontologia. A ANS publicou quatro regulamentações normativas sobre esse rol, desde 1998, com inclusão e exclusão de procedimentos. Observa-se o incremento na quantidade de procedimentos descritos, que se ampliou de 66, em 1998, para 75, em 2007, o que pode indicar maior cobertura nos serviços assistenciais prestados aos beneficiários.

No ano de 2009, a ANS constituiu grupo técnico integrado por representantes da Agência, Ministério da Saúde, das esferas de governo

estadual e municipal, operadoras de planos de saúde, entidades representativas de consumidor e autarquias e entidades nacionais de representação dos profissionais de saúde, para novo processo de revisão desse rol. Uma das intenções do trabalho é a unificação do rol de procedimentos e do rol de procedimentos odontológicos.

Outro importante espaço de disputa é o da relação prestador-operadora. Ao contrário da área médica, onde a convivência com a Medicina Suplementar se processa há décadas, na área odontológica essa relação é recente. No final da década dos anos 2.000, observa-se um processo de concorrência predatória por parte das operadoras, que se valem da crise do mercado dos profissionais autônomos, para impor a sua tabela de pagamentos.

A conclusão da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO), conduzida pelas entidades odontológicas nacionais, com o apoio técnico da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE), pode ser um importante vetor para reorientar a relação prestador/operadora.

A instituição de um valor mínimo para a remuneração dos planos odontológicos pode ser uma das vertentes a ser debatida. Tem-se observado a comercialização de produtos com tíquetes-médios irrisórios, o que contribui para a canibalização desse mercado.

Malta et al. (2004) propõem um novo referencial para a saúde suplementar, baseado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde. A assistência deve ser abordada de forma integrada, articulando-se todos os passos na produção do cuidado e no restabelecimento da saúde. Para evitar a fragmentação, os autores propõem o mapeamento da integralidade da assistência pelo acompanhamento da linha do cuidado. O usuário deverá ser acompanhado segundo projeto terapêutico instituído, comandado por um processo de trabalho cuidador, e não pela lógica "indutora de consumo".

Essa orientação se coaduna com a expressa nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Portanto, a reorientação do modelo assistencial praticado pelas operadoras de planos exclusivamente odontológicos interessa ao Sistema Único de Saúde. Neste sentido, a aproximação entre o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar deve ser estimulada, para se estabelecerem ações integradas.

Vasconcelos (2007) observa que as características atuais das especificidades da atenção à saúde no setor suplementar seriam de restrição, não-integralidade e iniquidade. As ações que busquem o enfrentamento e a superação desses problemas devem ser realizadas, uma vez que o

cenário previsto é o de expansão desse tipo de prática de mercado, nos próximos anos. Portanto, ações como promoção da saúde nos planos odontológicos e adoção de diretrizes clínicas e modelos de incentivos devem ser intensificadas.

Às vésperas da segunda década do século XXI, vislumbra-se um cenário onde os diversos atores sociais (governo, operadoras de planos de saúde, prestadores e consumidores de serviços) devem estabelecer uma nova pactuação, que viabilize a oferta de serviços odontológicos de qualidade aos beneficiários.

Referências

AMORIM, L. A multiplicação dos sócios. Exame, São Paulo, 15 jul. 2009.

BOTAZZO, C. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. São Paulo, mimeo, 1992, 12 p.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde : Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 dez. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Relatório de Gestão 2000-2003: 4 anos da ANS. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003: Corpo Básico e Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

BRASIL. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A política que faz muitos brasileiros voltarem a sorrir. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 9 jul. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Memória de Eventos. Encontro Nacional de Saúde Bucal na Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca>. Acesso em: 29 jun. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da Saúde Suplementar : beneficiários, operadoras e planos: junho 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acesso em: 23 jul. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Receita de contraprestações e despesas. Disponível em: <http://www.anstabnet.gov.br/tabcgi.exe?dados/TABNET_RC.DEF>. Acesso em: 25 jul. 2009b.

MALTA, D.C.; CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.2, 2004.

MANFREDINI, M. A. Características da indústria de equipamentos odontológicos e de produtos para higiene bucal no Brasil entre 1990 e 2002. 2006. 144 p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

MANFREDINI, M. A. Mercado de produtos de higiene bucal no Brasil: uma análise crítica. São Paulo, mimeo, 2009.

MENEZES, T.; CAMPOLINA, B.; SILVEIRA, F. G. et al. O gasto e a demanda das famílias em saúde: uma análise a partir da POF de 2002-2003. In: SILVEIRA, F. G.; SERVO, L. M.; MENEZES, T.; PIOLA, S. Gasto e consumo das famílias brasileiras contemporâneas. Brasília: IPEA, 2007.

NARVAI, P. C. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2002.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

OLIVEIRA, R.; LEITE, V. S. Planos odontológicos desaceleram expansão. Gazeta Mercantil, São Paulo, 14 abr. 2009.

PIETROBON, L.; SILVA, C. M.; BATISTA, L. R. V. et al. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.5, 2009.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. Ciência & Saúde Coletiva , v.11, n.1, 2006.

SANTOS, F. P. Avanços e limites da regulação da atenção à saúde no setor suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: história e práticas. Rio de Janeiro: ANS; Brasília, DF: OPAS, 2007.

PAGNUOLO, S. Setor odontológico vislumbra mercado da América Latina. América Economia. Disponível em: <http://www.americaeconomia.com.br>. Acesso em: 9 jun. 2009.

VASCONCELOS, L. L. C. Introdução. In: A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: história e práticas. Rio de Janeiro: ANS, Brasília, DF: OPAS, 2007.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia populacional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva , v.13, n.5, 2008

II. A política nacional de saúde bucal: Brasil Sorridente

Introdução

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil tem sido de baixa complexidade, reduzida realização de procedimentos de média e alta complexidade, com acesso restrito ao tratamento (predominantemente limitado a ações curativas e mutiladoras) e experiências isoladas de atividades preventivas voltadas, principalmente, à população escolar. A prática odontológica hegemônica reservou aos adultos e idosos, quase que exclusivamente, o acesso à mutilação dental, resultando numa situação de extrema exclusão social (BRASIL, 2006a). Durante muitos anos, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no Sistema Único de Saúde (SUS) deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde (BRASIL, 2006b).

Com o objetivo de superar as desigualdades trazidas pela lógica tradicionalmente hegemônica de atendimento e o abandono e falta de compromisso com a saúde bucal da população, foi instituída, em 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal - Brasil Sorridente, oficialmente lançada em cerimônia realizada em 2004. Suas metas perseguem a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, no marco do fortalecimento da atenção básica, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal (PUCCA JR. et al., 2009).

Dados epidemiológicos em saúde bucal

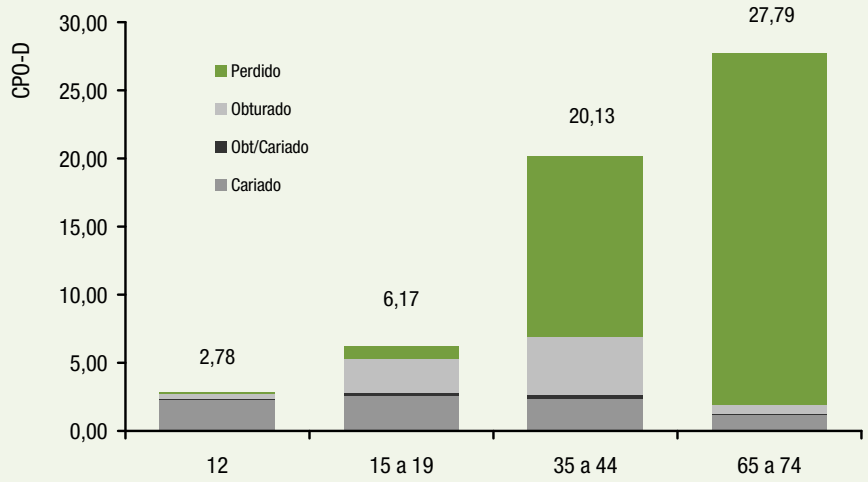
O primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal de abrangência nacional no Brasil foi realizado somente em 1986. Outros dois levantamentos de nível nacional foram conduzidos pelo Ministério da Saúde em associação com entidades de classe e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, em 1996 e no ano de 2003, quando foi executado o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003.

A Política Nacional de Saúde Bucal se embasa, do ponto de vista epidemiológico, nos dados obtidos por meio do SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004a). Este, que é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal já realizado no país, se materializou a partir do esforço de cerca de 2.000 trabalhadores (entre cirurgiões-dentistas, auxiliares, agentes de saúde e outros profissionais) que foram responsáveis pela execução de 108.921 exames em 250 municípios (BRASIL, 2004b).

Comparando-se os dados obtidos em 2003 com aqueles observados nos anos de 1986 e 1996, observa-se um avanço na prevenção e no controle da cárie em crianças com até 12 anos de idade. Apesar da expressiva redução dos níveis de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, persistem ainda dificuldades no acesso aos serviços de saúde e elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais.

A cárie dentária é avaliada por meio do índice CPO-D, que corresponde ao número médio de dentes permanentes cariados, perdidos ou obturados, por indivíduo. Nas crianças de 12 anos de idade, o índice CPO-D observado em 2003 foi de 2,78. Para os adolescentes o CPO-D foi 6,17 e para os adultos 20,13. Isto significa que entre a adolescência e a idade adulta aproximadamente 14 dentes são atacados pela cárie (Gráfico 1). Os idosos apresentaram um CPO-D de 27,79, sendo a perda dental o principal problema (quase 26 dentes extraídos em média, por pessoa).

Gráfico 1 - Médias de CPO-D e participação dos componentes de acordo com a idade, Brasil - 2003



Fonte: Projeto SB Brasil 2003: resultados principais (BRASIL, 2004b)

A doença periodontal mostrou-se alta em todas as faixas etárias, com menos de 22% da população adulta e menos de 8% dos idosos apresentando as gengivas sadias (BRASIL, 2006c). A perda dentária precoce é grave. O edentulismo continua sendo um grave problema no Brasil, especialmente entre os idosos. Tanto na arcada superior quanto na arcada inferior, aproximadamente 85% da população adulta e quase 99% dos idosos usam ou necessitam de algum tipo de prótese dentária. Mais de 75% dos idosos não possuem nenhum dente funcional em pelo menos um dos maxilares. Destes, mais de 36% necessitavam de pelo menos uma dentadura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu como meta para o ano 2000 que pelo menos 75% dos adultos e que no mínimo 50% dos idosos apresentassem 20 ou mais dentes. Os resultados do SB Brasil apontaram que apenas aproximadamente 54% da população adulta e cerca de 10% dos idosos possuíam 20 ou mais dentes. Somente para as crianças de 12 anos a meta da OMS, de se atingir um CPO-D médio menor ou igual a 3, foi alcançada (Quadro 1). Entretanto, 3/5 dos dentes das crianças de 12 anos atacados por cárie permaneciam sem tratamento, havendo ainda um notável contraste entre os índices observados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ambas com CPO-D médio em torno de 3,1) com relação aos índices das regiões Sul e Sudeste (com CPO-D médio em torno de 2,3). Na comparação dos dados entre os sexos, as mulheres na idade adulta tendem a apresentar, em média, dois dentes a mais atacados por cárie do que os indivíduos do sexo masculino. As mulheres idosas têm, em média, quatro dentes a mais extraídos do que os homens na mesma faixa etária.

Quadro 1 - Comparação entre as metas da OMS para o ano 2000 e os resultados do SB Brasil 2003

Idade	Meta da OMS para 2000	Resultado SB Brasil 2003
5 a 6 anos	50% sem experiência de cárie	40% sem experiência de cárie
12 anos	CPO-D ≤ 3,0	CPO-D = 2,78
18 anos	80% com todos os dentes	55% com todos os dentes
35 a 44 anos	75% com 20 ou mais dentes	54% com 20 ou mais dentes
65 a 74 anos	50% com 20 ou mais dentes	10% com 20 ou mais dentes

Fonte: Projeto SB Brasil 2003: resultados principais (BRASIL, 2004b)

A avaliação do acesso da população aos serviços odontológicos apontou que mais de 13% dos adolescentes nunca foi ao dentista. Entre a população adulta, quase 3% nunca foi ao dentista e na população idosa este número chega a quase 6%. Em ambas as faixas etárias, a Região Nordeste apresentou o maior índice de pessoas que nunca foram ao dentista e a Região Sul os melhores valores relativos ao acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2006c).

Para 2010, está programada a realização do SB Brasil 2010, buscando consolidar a responsabilidade do Ministério da Saúde na execução de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal de base nacional, cuja amostra, periodicidade e abrangência permitam a consolidação da prática do planejamento, gestão e da avaliação das ações e serviços em saúde bucal.

Formulação de políticas públicas em saúde bucal

A Constituição de 1988 estabeleceu princípios participativos na organização do Estado brasileiro, destacando-se, entre eles, a participação da sociedade civil na deliberação sobre as políticas públicas relacionadas à saúde (PNUD, 2004). Juntamente com o controle social, é parte essencial de um governo baseado na democracia, pois é por meio dela que a população determina as linhas gerais a serem seguidas e fiscaliza o trabalho do Estado na busca do bem comum. Buscando oportunizar a ampliação da participação da população na análise da formulação e execução da

Política Nacional de Saúde Bucal, foi realizada, de 29 de julho a 1º de agosto de 2004, a 3ª. Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB, mais de dez anos após a realização da conferência anterior.

A 3ª CNSB representou a deflagração de um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, no qual cerca de 90 mil pessoas participaram diretamente da consecução das etapas municipais e estaduais. No contexto em que se realizou a conferência, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. O tema central da 3ª CNSB, "Saúde bucal: acesso e qualidade, superando a exclusão social", foi debatido a partir de quatro eixos temáticos: (1) Educação e Construção da Cidadania; (2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; (3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e (4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal (BRASIL, 2004c).

A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida produz efeitos devastadores sobre a saúde bucal, dando origem a dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos. Por esse motivo, o enfrentamento dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes tecnicamente. Requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas, curativas e de reabilitação e enfoque de promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas de governo (BRASIL, 2004c).

A partir dessas considerações, o principal desafio colocado aos participantes da 3ª CNSB foi de buscar identificar os principais problemas do país na área da saúde bucal, encontrando meios e recursos voltados à definição de estratégias para superá-los. O Relatório Final da 3ª CNSB foi aprovado em sucessivas sessões plenárias deliberativas por 883 delegados eleitos para a etapa nacional nas Conferências de Saúde Bucal de 26 Estados e do Distrito Federal. Esses delegados (447 representantes dos usuários dos serviços de saúde; 228 representando trabalhadores da saúde; e 208 representando gestores e prestadores de serviços de saúde) analisaram proposições provenientes de todo o país, resultantes das 2.542 Conferências Municipais ou Regionais de Saúde Bucal e das 27 conferências correspondentes à etapa estadual, das quais resultou um consolidado com 651 páginas. O Documento-Referência, submetido ao debate na etapa nacional, foi extraído do

consolidado e, desse esforço de construção coletiva de novos rumos para a política nacional de saúde bucal, resultaram as proposições para orientar as decisões da sociedade e do Estado brasileiro, de modo a produzir as mudanças necessárias para assegurar, a todos, acesso a ações e serviços de saúde bucal com qualidade (BRASIL, 2004c).

As portarias referentes às principais estratégias assistenciais do Brasil Sorridente foram elaboradas em consonância com as deliberações da 3ª CNSB e com as diretrizes do Pacto pela Saúde em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Dessa forma, convergem para a descentralização dos processos e para o fortalecimento das instâncias gestoras colegiadas nos procedimentos de habilitação, para a unificação dos pactos de indicadores e para a integração das formas de repasse dos recursos, calcando o processo de descentralização na regionalização solidária e cooperativa.

O documento "Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal", elaborado em 2004, resultou de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentou-se nas proposições que, nas últimas décadas, foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Bucal. Essas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado (BRASIL, 2004a).

Principais linhas de ação do Brasil Sorridente

O Brasil Sorridente tem possibilitado a ampliação e qualificação do acesso da população às ações e serviços de saúde bucal, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida. Ela está articulada a outras políticas de saúde e demais políticas públicas, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004a). As principais linhas de ação do Brasil Sorridente são a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal, a ampliação e qualificação da Atenção Especializada e a viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento.

1. Fluoretação

Entende-se que o acesso à água tratada e fluoretada é fundamental para as condições de saúde da população. Assim, viabilizar políticas públicas que garantam a implantação da fluoretação das águas através

da ampliação do programa aos municípios com sistemas de tratamento é a forma mais abrangente e socialmente justa de acesso ao flúor. Nesse sentido, desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas no Brasil é uma prioridade governamental, garantindo-se continuidade e teores adequados nos termos da Lei nº 6.050/1974 e normas complementares, com a criação e/ou desenvolvimento de sistemas de vigilância compatíveis (BRASIL, 2004a). A comparação entre os dados obtidos no Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil 2003– relativos ao CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados por indivíduo) dos municípios que têm água fluoretada e dos que não têm apontou notáveis diferenças. O CPO-D nas crianças de 12 anos e adolescentes dos municípios que têm água fluoretada foi de 2,27 e 5,69, respectivamente. Já nos municípios que não têm flúor na água, o CPO-D médio das crianças de 12 anos foi de 3,38 (49% maior) e dos adolescentes de 6,56 (15% maior).

Dessa forma, mediante ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, o Brasil Sorridente tem viabilizado a ampliação da fluoretação das águas de abastecimento. A adição do flúor tem o objetivo de reduzir o aparecimento de cáries dentárias na população, considerando que essa substância inibe a desmineralização dos dentes e promove sua remineralização. A fluoretação da água para consumo humano é um método recomendado por mais de 150 organizações de ciência e saúde, incluindo a Federação Dentária Internacional (FDI), a Associação Internacional de Pesquisa em Odontologia (IADR), a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Entre 2005 e dezembro de 2008, foram implantados, por meio de ação conjunta com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e mediante convênios com as Secretarias Estaduais de Saúde, 711 novos sistemas de fluoretação implantados, abrangendo 503 Municípios em 11 Estados, beneficiando 7,6 milhões de pessoas.

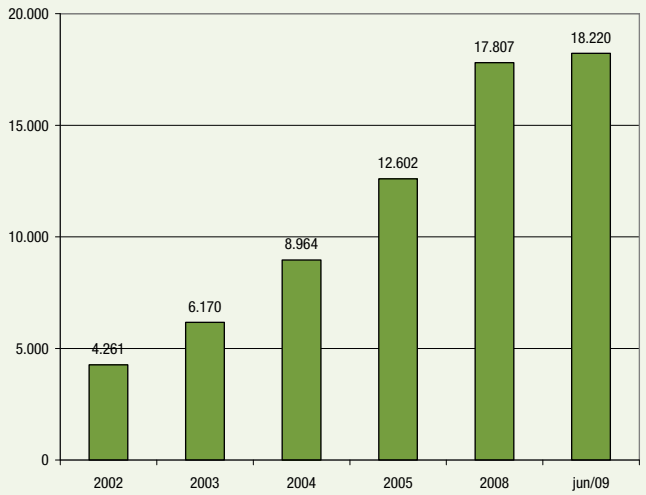
2. Equipes de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família

A inserção da Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família, em 2001, representou a possibilidade de se criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e para a própria saúde bucal na Atenção Básica. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passa a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários e que participe da gestão dos serviços para dar resposta às demandas da população e ampliar o acesso às ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, por

meio de medidas de caráter coletivo e mediante o estabelecimento de vínculo territorial (BRASIL, 2004a). O processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, trabalho em equipe e interdisciplinar, foco de atuação centrado no território-família-comunidade, humanização da atenção, responsabilização e vínculo, estímulo à participação popular e controle social, planejamento e programação descentralizados (em consonância com a realidade local e necessidades identificadas junto à comunidade), avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados.

De dezembro de 2002 até junho de 2009, foram implantadas 13.959 novas Equipes de Saúde Bucal (ESB) na estratégia Saúde da Família (Gráfico 2), chegando a um total de 18.220 ESB (um aumento de mais de 327% no número de equipes), atuando em 4.638 municípios. Houve, nesse mesmo período, um acréscimo na cobertura populacional de mais de 60 milhões de pessoas, totalizando 87.149.975 milhões de pessoas cobertas por essas equipes. A meta para 2011 é chegar ao total de 24 mil ESB em funcionamento.

Gráfico 2 - Equipes de Saúde Bucal implantadas, Brasil - dez. 2002 - jun. 2009.



Fonte: MS/SAS/DAB/CNSB

Entre 2004 e maio de 2009, o Ministério da Saúde forneceu 6.000 consultórios odontológicos, dos quais 1.311 para apoiar as atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal que contam com um Técnico em Saúde Bucal, representando um investimento de R$ 36,4 milhões.

Tendo em vista a estratégia Saúde da Família como uma forma de ampliar e qualificar o acesso da população às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, bem como a necessidade de construir, adequar e aprimorar os instrumentos tecnológicos necessários a essa efetivação, o Ministério da Saúde elaborou a publicação "Caderno de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal" (BRASIL, 2006b).

3. Aquisição e distribuição de kits de higiene bucal

A estratégia de aquisição e distribuição de kits de higiene bucal (compostos por escova e creme dental) representa um componente estruturante da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente. Tal iniciativa integra o "Programa MAIS SAÚDE: Direito de Todos", que se constitui em prioridade do Ministério da Saúde. A aquisição e distribuição dos kits de saúde bucal pelo Ministério da Saúde visam apoiar a ampliação das ações educativas e preventivas em saúde bucal.

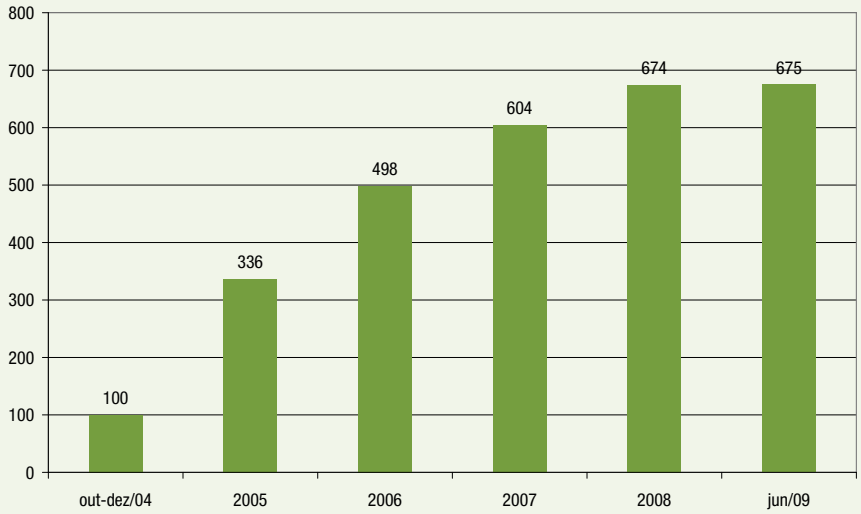
A distribuição dos kits teve início em 2008, com o encaminhamento dos kits para as Secretarias Municipais de Saúde dos 1.242 Municípios brasileiros com baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em quantidade proporcional ao número de alunos (do Ensino Infantil, Fundamental e Médio) matriculados nas escolas públicas. Foram distribuídos também kits de higiene bucal para cada Equipe de Saúde Bucal na estratégia Saúde da Família (ESB), sendo metade dos kits com escova dental do tipo adulto e a outra metade com escova do tipo infantil. Entre 2008 e agosto de 2009, foram adquiridos mais de 72 milhões de kits.

4. Centros de especialidades odontológicas

Com a expansão do conceito de atenção básica, e o consequente aumento da oferta de diversidade de procedimentos, fizeram-se necessários, também, investimentos que propiciassem a ampliação da assistência ambulatorial especializada, promovendo a integralidade da atenção à saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004a). As ações especializadas em saúde bucal estão sendo expandidas, desde 2004, através da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CEO oferecem tratamento endodôntico, atendimento a pacientes com necessidades especiais, cirurgia oral menor, periodontia e diagnóstico bucal (com ênfase ao diagnóstico de câncer bucal), além de outras especialidades a serem definidas localmente. Foram implantados, até o mês de junho de 2009, 675 CEO no país (Gráfico 3). Outros 210 CEO já foram credenciados ao recebimento do recurso financeiro para implantação do serviço.

Entre janeiro de 2005 e setembro de 2008, foram realizados mais de 17 milhões de procedimentos odontológicos nesses centros.

Gráfico 3 - Centros de Especialidades Odontológicas implantados, Brasil - out. 2004 - jun. 2009



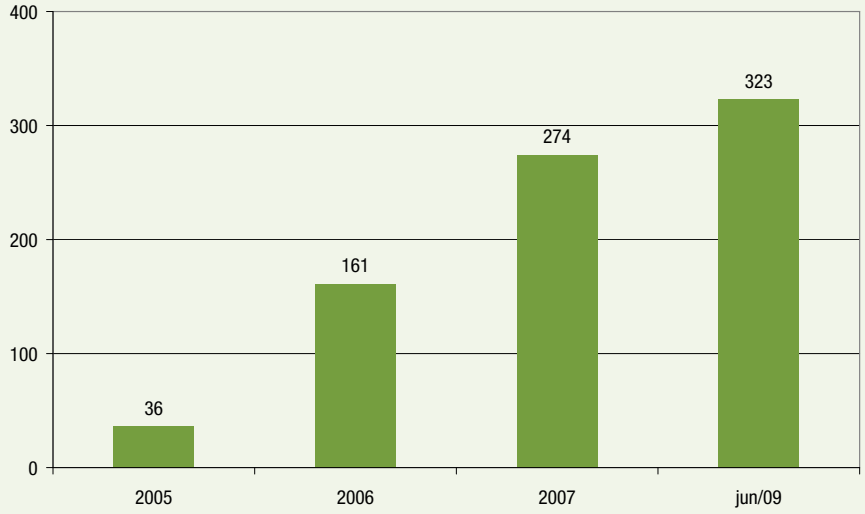
Fonte: MS/SAS/DAB/CNSB

Para 2011, a meta é alcançar 950 CEO em funcionamento no país. Visando colaborar no estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica e os CEO, assim como intrumentalizar as práticas clínica e de gestão relativas às principais especialidades odontológicas, a Coordenação Nacional de Saúde Bucal elaborou o "Manual de Especialidades em Saúde Bucal" (Brasil, 2008).

5. Laboratórios regionais de prótese dentária

Diante da demanda pelo serviço reabilitador protético e na perspectiva da assistência integral em saúde bucal, o Ministério da Saúde tem apoiado a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias – LRPD (PUCCA J. et al., 2009). Em junho de 2009, havia 323 LRPDs credenciados no país (Gráfico 4). Os Laboratórios recebem até R$ 16.940,00 mil reais por mês para a produção de próteses dentárias totais e parciais removíveis com estrutura metálica. Foram doados, também, até maio de 2009, 276 conjuntos de equipamentos para apoiar a instalação de laboratórios de prótese (formados por recortador e vibrador de gesso, motores de mão, muflas, prensa para muflas, forno de micro-ondas e outros).

Gráfico 4 - Laboratórios Regionais de Prótese Dentária implantados, Brasil - dez. 2005 - jun. 2009



Fonte: MS/SAS/DAB/CNSB

6. Saúde Bucal nos Territórios da Cidadania

As regiões brasileiras menos desenvolvidas social e economicamente fazem parte do Programa Territórios da Cidadania, que tem como objetivo apoiar o desenvolvimento regional sustentável e garantir os direitos sociais a partir da universalização dos programas básicos de cidadania. As iniciativas são desenvolvidas com base na integração das ações do Governo Federal e dos governos estaduais e municipais, em um plano desenvolvido em cada território, com a participação da sociedade. Desde o início do Programa Territórios da Cidadania, em 2008, até março de 2009, foram implantadas 6.099 novas Equipes de Saúde Bucal em municípios dos territórios, alcançando 6.414 ESB implantadas e cobertura populacional de 25 milhões de pessoas. O total de recursos investidos nessas localidades até março de 2009 foi da ordem de R$ 51,4 milhões. O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, enviou 387 consultórios completos para municípios localizados em Territórios da Cidadania nesse período.

Em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas implantados, em março de 2009, 179 dos CEO em funcionamento no país estavam localizados em 75 territórios. A meta de novos CEO implantados em municípios localizados em Territórios da Cidadania para o ano de 2009 é de 279, evidenciando a importância de sua expansão no sen-

tido de promover a capilarização do acesso aos serviços especializados em odontologia, antes restrito às capitais e grandes centros urbanos, beneficiando as áreas em que vivem as populações com menor desenvolvimento econômico e social. Apenas para esses territórios, serão executados recursos da ordem de R$ 25,9 milhões no ano de 2009.

7. Saúde Bucal na população indígena

A Portaria GM/MS nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, estabelece um marco regulatório à saúde dos indígenas brasileiros. A regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas promoveu um significativo aporte de recursos ao sistema, estabelecendo mecanismos de controles para os repasses feitos aos estados e às prefeituras que pactuarem o atendimento aos índios, fortalecendo o controle social sobre os benefícios e os gastos. Tal iniciativa respeita as especificidades étnicas e culturais, compreendendo a importância da integralidade na atenção à saúde, por meio de mecanismos já existentes de financiamento, primando pela moralidade e transparência das ações promovidas.

O Ministério da Saúde apresenta no texto da referida portaria mudanças no sistema de saúde indígena, reafirmando o papel da Fundação Nacional de Saúde no planejamento, coordenação e execução das ações, e estimulando a efetiva participação do controle social indígena, por intermédio dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (Condisi), chefes dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) articulados com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde e também das Secretarias Estaduais (SES) e Municipais de Saúde (SMS). No ano de 2008, o Ministério da Saúde forneceu 85 consultórios odontológicos para apoiar a estruturação de serviços de saúde em 24 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Impacto das ações

Com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, houve a ampliação do conjunto de ações e serviços em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, envolvendo a promoção da saúde, prevenção das doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O Ministério da Saúde tem procurado incentivar o exercício de práticas democráticas e participativas, contando com um trabalho em equipe na consecução das ações, dirigidas a populações que assumem a responsabilidade do cuidado com a saúde bucal, considerando o aspecto dinâmico do território em que se vive.

Entre 2003 e 2006, foram investidos mais de R$ 1,2 bilhão em saúde bucal pelo Governo Federal. Entre 2007 e 2010, o montante investido alcançará mais de R$ 2,7 bilhões. Em 2008, o total investido naquele ano foi mais de dez vezes superior ao que foi investido em 2002. Já é possível acompanhar o impacto das ações de saúde bucal no país, em especial na redução do número de extrações dentárias. Desde 2002, conforme dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS, mais de 2 milhões de dentes deixaram de ser extraídos, denotando um processo de modificação do modelo assistencial e a ampliação do acesso a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais.

Ao assumir a responsabilidade pela saúde bucal da sua população, o Brasil insere na pauta do tema da saúde essa questão, comprometendo-se com a redução das desigualdades, com a questão da fome da população e com a garantia da nutrição e de uma saúde bucal em condições adequadas. Assim, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente busca o resgate do conceito de que essa área é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e, para tanto, as ações governamentais devem buscar concretizar o compromisso de resgate da saúde bucal no país (BRASIL, 2006c).

Desse modo, a atenção em saúde bucal alcançou maior relevância nos últimos anos no contexto das ações de saúde no país. Nas políticas públicas, a saúde bucal foi alçada a um novo patamar a partir do momento em que passou a ser uma das prioridades do Governo Federal na área da saúde, materializando-se no Brasil Sorridente. Não obstante, observa-se uma importante expansão do número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde com cobertura odontológica. Com isso, tem havido um esforço do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar para ampliar a integração entre suas ações, considerando a inter-relação entre os setores públicos e privados na produção de saúde, o momento peculiar, e a relevância do conjunto da atenção odontológica empreendida no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. 3ª Conferência nacional de saúde bucal: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. Autorização para Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade para Prótese Dentária Total e Prótese Dentária Parcial Removível. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica nº 17: Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Manual de Especialidades em Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

PNUD. Conferência internacional democracia, participação cidadã e federalismo, 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPPT.pt.pdf>. Acesso em: jul. 2009.

PUCCA JÚNIOR, G. A.; COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D. et al. Oral Health Policies in Brazil. Brazilian Oral Research, São Paulo, v.23, jun. 2009.

III. O mercado privado de planos odontológicos no Brasil

Introdução

Em junho de 1998 foi promulgada a Lei nº 9.656 que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Inicialmente, o plano-referência incluía procedimentos básicos destinados à prevenção e manutenção da saúde bucal. Em novembro de 2000, por efeito da Medida Provisória nº 1.976-33, o inciso VIII do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 foi revogado e os procedimentos odontológicos foram excluídos do plano-referência. Desde então, a oferta de planos com segmentação odontológica passou a ser opcional às operadoras setoriais (BRASIL, 1998).

Após dez anos de publicação da Lei nº 9.656/98, o processo regulatório possibilitou avanços para a saúde suplementar. A regulamentação impôs um novo padrão institucional à entrada, permanência e saída das empresas no mercado. As operadoras de planos odontológicos vivenciaram o processo regulatório, adaptando-se às regras e construindo um produtivo diálogo com a ANS no reconhecimento das especificidades desse segmento.

O crescimento do número de beneficiários em planos odontológicos pode ser atribuído a uma latente demanda de usuários com necessidades odontológicas, às dificuldades de acesso aos serviços públicos, e à potencialidade de nichos de mercado a serem explorados.

Assim como aconteceu com os planos médicos, a odontologia tem se firmado entre os principais benefícios oferecidos aos trabalhadores. Do ponto de vista da gestão

dos recursos humanos, destaca-se a redução do absenteísmo e aumento da produtividade, contribuindo para a qualidade de vida e condições gerais de saúde, com elevação da auto-estima.

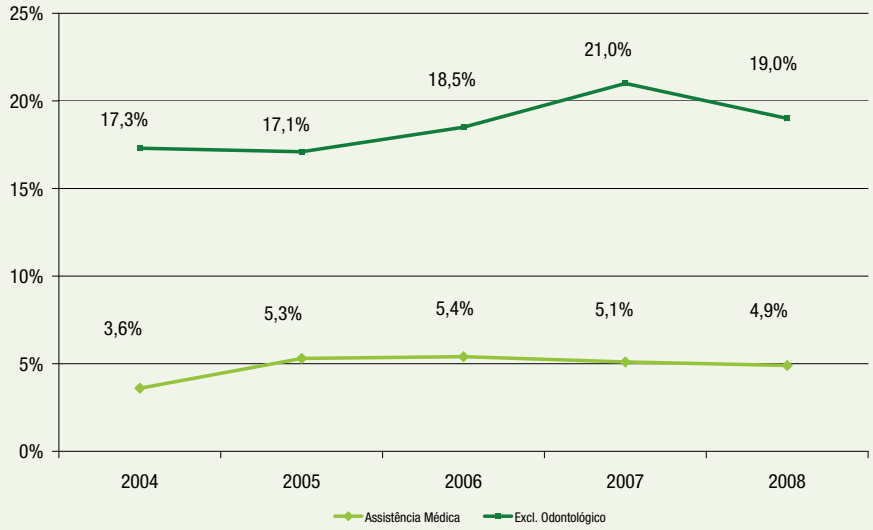
Através de uma revisão da literatura e de análise dos dados publicados pela ANS, este artigo propõe contextualizar o mercado privado de planos odontológicos no Brasil, descrevendo brevemente o perfil dos beneficiários, das operadoras setoriais, e o modelo assistencial predominante.

Perfil dos beneficiários de planos odontológicos

Conforme dados do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB), em março de 2009 existiam 14,5 milhões de vínculos em planos com cobertura odontológica. Destes vínculos, 11,3 milhões eram a planos exclusivamente odontológicos, dos quais 90,3% eram contratos novos (celebrados após a regulamentação do setor) e 84,8% eram de contratação coletiva (ANS, 2009).

A tendência de crescimento dos planos exclusivamente odontológicos segue o mesmo padrão dos planos de assistência médica, porém com um nível mais acentuado. No período de 2004 a 2008, o crescimento do setor apontou uma expansão que superou o crescimento observado nas demais segmentações (Gráfico 5). Dentre as variáveis que explicam o dinamismo desse mercado, destacam-se as estratégias empresariais; a mudança no perfil da profissão odontológica; o credenciamento a planos como estratégia profissional para viabilizar a permanência no mercado de trabalho frente à baixa sustentabilidade econômica do modelo da odontologia liberal; a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal; o baixo desembolso direto das famílias com despesas referentes à assistência odontológica (VIEIRA e COSTA, 2008).

Gráfico 5 - Taxa de crescimento do número de beneficiários, por cobertura assistencial, Brasil - 2004 - 2008



Fonte: ANS, mar. 2009.

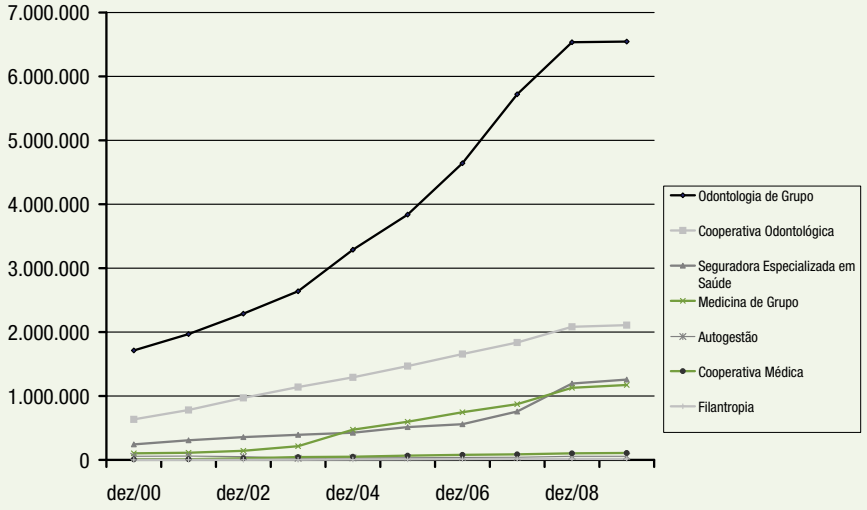
As maiores taxas de cobertura encontram-se nas regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul, com destaque para as capitais e regiões metropolitanas. Quanto à faixa etária dos beneficiários vinculados a planos exclusivamente odontológicos, 22,2% possui até 18 anos, 74% encontra-se na faixa de 19 a 59 anos, e 3,7% com 60 anos ou mais (ANS, 2009).

Perfil das operadoras de planos odontológicos

Em março de 2009, existiam 489 operadoras exclusivamente odontológicas com registro ativo na ANS, sendo 349 odontologias de grupo e 140 cooperativas odontológicas, representando, respectivamente, 20,2% e 8,15% das operadoras ativas no setor (ANS, 2009).

Quando se observa a quantidade de beneficiários em operadoras que comercializam planos exclusivamente odontológicos, verifica-se uma grande concentração do mercado em poucas operadoras, sendo que a maior operadora concentra aproximadamente 18% dos beneficiários. As operadoras da modalidade odontologia de grupo reúnem a maior parte dos beneficiários vinculados a planos exclusivamente odontológicos (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por modalidade da operadora, Brasil - 2002 - 2009

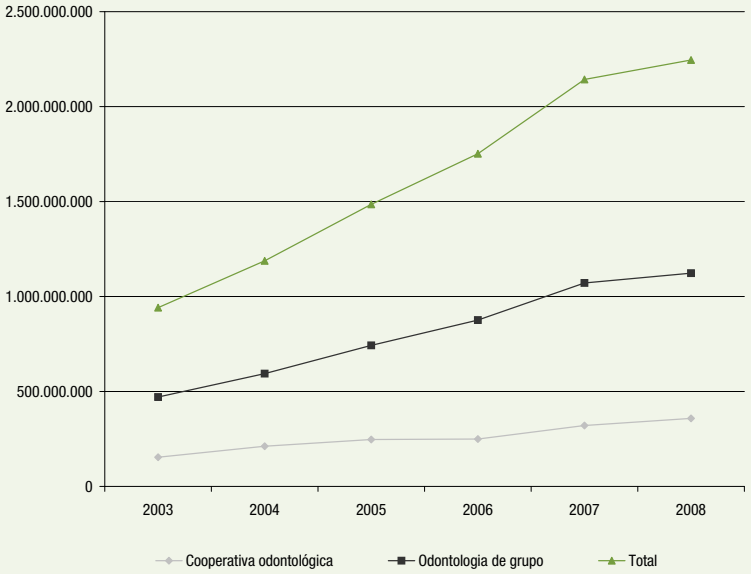


Fonte: ANS, mar. 2009.

O Gráfico 7 mostra a receita total em reais das operadoras exclusivamente odontológicas, de acordo com a modalidade assistencial, no período de 2003 a 2008. Observa-se que as odontologias de grupo concentram aproximadamente 70,4% do total das receitas de contraprestações.

Vieira e Costa (2008) descrevem que o setor de planos odontológicos é altamente rentável e apresenta uma grande capacidade na geração de receitas e captação de clientes, mesmo após a regulação do setor, o que explica o crescimento e a permanência desse segmento no setor. Destacam que os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo, são extremamente elevados ficando acima de qualquer atividade desse segmento empresarial do país.

Gráfico 7 - Receita em reais de contraprestações das operadoras exclusivamente odontológicas, segundo modalidade, Brasil - 2003 - 2008



Fonte: ANS, mar. 2009.

Especificidades dos planos odontológicos

O consumo de ações e serviços de saúde difere do consumo de bens e serviços em geral. O usuário não se comporta como um consumidor comum diante da mercadoria, em função de ser desprovido de conhecimentos técnicos e por não deter as informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir (BRASIL, 2005).

Dessa forma, o mercado de planos odontológicos apresenta especificidades expressas pelas relações contratuais e pelas imperfeições de mercado. Da assimetria de informação entre os agentes, decorrem as principais falhas do mercado de saúde: (1) risco moral, (2) seleção adversa e (3) seleção de risco (BRASIL, 2002).

O risco moral ocorre em situações onde os beneficiários e os prestadores de serviços mudam sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde, induzindo o excesso de demanda/necessidades em saúde, uma vez que as despesas estão cobertas. Para os beneficiários, a presença de um terceiro pagador (operadora) constitui fator determinante na sobreutilização dos serviços de saúde. Para os prestadores, o comportamento indutivo pode ser potencializado pelo modelo de remuneração da operadora, geralmente baseado na execução de proce-

dimentos, e pelo excesso de oferta de profissionais no mercado, gerado por distorções na formação acadêmica profissional que acentuam a concorrência (BRASIL, 2002).

Outra falha de mercado, advinda da assimetria de informação entre os agentes, é a seleção adversa, entendida como a tendência do sistema de incorporar indivíduos de maior risco. Para se proteger da seleção adversa e do alto potencial de custo, as operadoras engajam-se na seleção de risco, mais um fenômeno decorrente das imperfeições de mercado, criando barreiras à entrada dos beneficiários no sistema, tais como a utilização de mecanismos de regulação e a imposição de limites de cobertura. Como alternativa para diluir o risco da seleção adversa na massa de beneficiários, verifica-se que as operadoras concentram seus esforços de venda em planos coletivos, o que explica a predominância desse tipo de contratação no mercado de planos odontológicos.

A assistência à saúde bucal no setor suplementar

Na saúde suplementar predomina o modelo assistencial caracterizado pelo enfoque curativo do processo saúde/doença, desconsiderando seus determinantes sociais, ambientais, hábitos e estilo de vida dos indivíduos, valorizando apenas as questões biológicas.

Os conceitos de acolhimento e vínculo não são compreendidos pelos cirurgiões-dentistas, e as ações em saúde bucal geralmente ocorrem após a instalação das doenças, reforçando a ênfase na execução de procedimentos curativos e restauradores, bem como a predominância no uso de tecnologias duras e leve-duras, constituindo-se em um modelo de alto custo, baixa eficiência e efetividade (BRASIL, 2005).

Observam-se a descontinuidade da atenção e a fragmentação do cuidado, na medida em que cada especialista se encarrega de uma parte do tratamento, sem que haja um profissional responsável pelo acompanhamento do usuário pela linha do cuidado. A produção do cuidado nos espaços relacionais é moldada pelos limites contratuais, pela microrregulação praticada pelas operadoras, tendo como pano de fundo a regulação exercida pela ANS.

A ANS tem estimulado as operadoras de planos privados de saúde a repensarem o processo de trabalho no cuidado e a organização dos serviços, visando contribuir para mudanças que possibilitem inverter o modelo assistencial hegemônico no setor para um modelo de atenção integral, onde haja incorporação progressiva de tecnologias leves e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

O esforço da ANS visa ao desenvolvimento de modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. Dessa forma, o setor suplementar deve se tornar um ambiente de produção de ações de saúde nos territórios da promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos indivíduos, com o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários.

A atual gestão da Agência assumiu como foco de sua atuação a regulação da atenção à saúde no setor suplementar, centrando suas atividades na qualificação da assistência, na discussão do papel dos agentes envolvidos, e na reorientação dos modelos assistenciais hegemônicos. Essa perspectiva tem se expressado através de algumas iniciativas do órgão regulador, tais como o incentivo à adoção de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras setoriais.

Ações de promoção e proteção da saúde são fundamentais para a reorientação dos modelos assistenciais, sendo uma estratégia de articulação transversal que objetiva a melhoria na qualidade de vida e a redução dos riscos à saúde.

Considerações finais

Para se repensar novas modelagens assistenciais, fundamentadas em diretrizes como a integralidade do cuidado, o vínculo e a responsabilização, há que se aprofundar o debate sobre a natureza do processo de trabalho em saúde bucal, particularmente a sua micropolítica e espaços relacionais, e a sua importância para a organização da assistência. A organização e o funcionamento dos serviços de saúde, em especial suas opções tecnológicas, são discussões que têm marcado o campo de formulação dos novos modelos assistenciais para a saúde.

Merhy (1997) centra a discussão da formação dos serviços de saúde, e dos modelos tecnoassistenciais, na organização do processo de trabalho, tendo como núcleo os trabalhadores e usuários. Usa como foco de suas análises a ação cotidiana dos trabalhadores na construção de determinado modelo. Essa micropolítica revela o trabalho vivo em ato, a liberdade de ação do trabalhador na execução do seu processo de trabalho, e a possibilidade de criar e inventar caminhos diferentes.

Esse pensamento instiga uma análise crítica das nossas práticas, mediante um processo de rompimento com um saber estático imposto nas Faculdades de Odontologia, onde os currículos de formação do

profissional de saúde continuam impregnados pelo estudo de técnicas e patologias, em detrimento das ações preventivas e das dimensões humanas e sociais das doenças bucais.

Destaca-se a necessidade da construção de um modelo de atenção em saúde bucal produtor de saúde, centrado no usuário, que opere tecnologias leves, com enfoque em ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, que ofereça uma atenção multidisciplinar, onde as práticas e saberes resgatem o vínculo e a responsabilização profissional/paciente, aplicando-se o princípio da integralidade (ANS, 2007).

Ao propor uma política de qualificação para o setor, a ANS pretendeu instituir um novo marco no processo regulatório. Eleger a integralidade como eixo estruturante da política de qualificação da Saúde Suplementar significa enfrentar os desafios apresentados no cotidiano da produção do cuidado no setor e na construção dos mecanismos regulatórios que influenciam as relações entre os agentes.

Verificamos o esforço do órgão regulador em institucionalizar o tema da qualificação da assistência, exigindo mudanças organizacionais capazes de integrá-lo como prática permanente ao sistema operacional das operadoras, reorganizando a forma de produção do cuidado, viabilizando a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenção monitoradas e avaliadas periodicamente, contribuindo para o desenvolvimento do setor suplementar e para as ações de saúde do país.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. 1. ed. Rio de Janeiro: ANS, Brasília; DF: OPAS, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Março 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

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, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Regulação e Saúde: Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

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

IV. Cenários e perspectivas na fiscalização dos planos odontológicos de assistência à saúde

Introdução

O presente trabalho tem por objetivo apresentar, de maneira clara e objetiva, o contexto da fiscalização exercida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mais especificamente pela Diretoria de Fiscalização (DIFIS), nas operadoras de planos odontológicos de assistência à saúde.

O trabalho está dividido em três partes, sendo a primeira delas um breve relato sobre as tendências atuais da regulação estatal, com especial foco na mediação de conflitos, em detrimento da mera aplicação de penalidades, visando atingir o interesse público em seu sentido amplo. A segunda parte se subdivide em outras cinco, que configuram uma síntese dos programas implementados pela DIFIS visando à eficiência e à proporcionalidade na fiscalização. Todos os instrumentos de mediação ativa abordados neste trabalho são aplicados às operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre as quais estão as operadoras de planos odontológicos. Algumas peculiaridades desse setor serão apontadas ao longo do trabalho e ao final, na última parte, mereceram destaque algumas questões recorrentes envolvendo operadoras e profissionais da área de odontologia.

Não se pretende, neste trabalho, exaurir todos os aspectos da fiscalização da ANS, mas apenas mostrar o que tem sido feito no sentido de trazer maior efetividade à regulação e apontar as principais ações realizadas no sentido da mediação ativa de conflitos.

A regulação estatal e o interesse público

O Estado Regulador surgiu da necessidade de intervenção na economia para atuar nas áreas em que o mercado não se autorregula de maneira suficiente, com o objetivo de atingir o interesse público em sentido amplo. Trata-se da busca pelo equilíbrio entre os ideais do liberalismo e a sociabilidade dos bens essenciais com o intuito de se garantir a aliança entre a dignidade da pessoa humana e justiça social com a livre iniciativa e defesa de mercado.

No caso da assistência à saúde, em especial, que é livre à iniciativa privada, nos termos do caput do art. 199 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CRFB), e, ao mesmo tempo, de relevância pública, a regulação não se restringe a corrigir as falhas de mercado. Nesse caso, o dirigismo estatal é determinante tanto para o Poder Público quanto para o privado, é o que nos mostra a interpretação conjunta dos artigos 174 e 197 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (BRASIL, 1998):

> [Art. 174. Como agente normativo e regulador da atividade econômica, o Estado exercerá, na forma da lei, as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo este determinante para o setor público e indicativo para o setor privado.
>
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado]

Tamanho poder de dominação não pode, entretanto, resultar em uma atuação arbitrária do Estado. É imprescindível que se tenha sempre em mente os interesses de todos os segmentos que compõem o setor, pois só a conciliação dos interesses privados e forças de mercado com o atendimento das necessidades coletivas e interesses da nação resultam no tão almejado interesse público.

A Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, trouxe, em seu art. 3º, como finalidade institucional da Agência (BRASIL, 2000):

> [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]

Com base nesse poder de dominação (controle), na edição de regras (regulamentação) e na verificação permanente do cumprimento das

regras e mediação e composição dos conflitos, juntamente com a repressão às infrações (fiscalização), a ANS atua como ente regulador do mercado de saúde suplementar.

Não se pode hoje falar em regulação sem se preocupar com os limites desta. Juntamente com esse novo papel do Estado, veio a necessidade de se conceber formas de governá-lo de modo a fazer com que as Agências Reguladoras atuassem com a maior legitimidade possível. Daí surgiu o conceito de governança regulatória: "é o desenvolvimento sistemático e a implementação de políticas gerais sobre como o governo utiliza seus poderes regulatórios" e "envolve mecanismos que restringem o comportamento discricionário dos governos: a criação de um sistema regulatório transparente e previsível que seja sustentável no tempo" (RAMOS, 2009).

Além disso, há grande preocupação em o Estado Regulador não regular em excesso, buscando-se o que se chama de smart regulation – regulação apropriada – e reforma regulatória, definida pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como: "Mudanças que melhorem a qualidade regulatória, isto é, que aumentem seu desempenho, custo/efetividade ou qualidade legal da regulação" (GAETANI e ALBUQUERQUE, 2009).

Nos dizeres de Alexandre Aragão (2006), a pergunta que se coloca é: "qual deve ser a abrangência e a intensidade da atuação do Estado sobre e na economia?" Não há uma resposta exata para esta pergunta. O grande desafio é encontrar o equilíbrio para que os princípios constitucionais, que ora se somam, ora entram em conflito, sejam aplicados de forma que não haja a exclusão por completo de nenhum deles. A aplicação do princípio da proporcionalidade através de seus três elementos (adequação, necessidade e proporcionalidade em sentido estrito) é o que mais se aproxima do tão buscado equilíbrio. A adequação dos meios aos fins não permite que a restrição à liberdade do mercado ultrapasse a realização dos objetivos sociais perquiridos. O elemento proporcionalidade já fala por si, consistindo basicamente no equilíbrio entre a restrição imposta ao mercado e o benefício social visado.

O elemento necessidade consiste em o Estado restringir o mínimo possível, de modo a optar pela medida menos restritiva à liberdade de mercado dentre as várias aptas a realizar a finalidade pública. Esse elemento é baseado no Princípio da Subsidiariedade que, inserto no Princípio da Proporcionalidade, impõe ao Estado se abster de intervir e regular as atividades que possam ser satisfatoriamente exercidas ou autorreguladas

pelos particulares livremente, e, caso seja necessária a intervenção estatal, que esta ocorra da maneira menos restritiva possível.

É esse o elemento do Princípio da Proporcionalidade, juntamente com a preocupação com o impacto regulatório, que estão levando a Diretoria de Fiscalização da ANS a trabalhar, através de uma reestruturação que se iniciou em 2006 - "O Novo Enfoque da Fiscalização" – no sentido de empregar esforços na mediação ativa de conflitos em detrimento da aplicação pura e simples de penalidades. Scholler (apud ARAGÃO, 2006) observa que as restrições à liberdade econômica devem "operar apenas em um degrau (ou esfera)", passando para a fase seguinte "tão somente quando uma restrição mais intensa se fizer absolutamente indispensável para a consecução dos fins almejados". Daí a preferência pelos mecanismos consensuais, indutivos, e, portanto, menos constritivos de regulação da economia. Se for possível alcançar o interesse público de maneira consensual, os instrumentos coercitivos deverão ser descartados por desproporcionais.

A Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009, que instituiu o Regimento Interno da ANS, revogando a RN nº 81/04 e suas alterações (ANS, 2009), reforçou as alterações já trazidas pela RN nº 158/07 (ANS, 2007a), que consolidaram reformulações na estrutura da Diretoria de Fiscalização, trazendo competências para cada uma das gerências, refletindo muito essa tendência atual da Administração em dar preferência a mecanismos consensuais, indutivos, e, portanto, menos constritivos, de regulação da economia. A RN nº 197/09 prevê expressamente, em seu art. 49, inciso VI, que "compete à Diretoria de Fiscalização promover medidas que possibilitem a mediação ativa dos interesses com vistas à produção do consenso na solução dos casos de conflito."

Dentre as ações de fiscalização indutora, destacam-se a Mediação Ativa de Casos Recorrentes com Operadoras (Macro), mecanismo utilizado pelos Núcleos Regionais de Fiscalização (Nuraf) no sentido de identificar irregularidades e induzir boas práticas; a Notificação de Investigação Preliminar (NIP), instrumento que traz para o consumidor uma resposta mais rápida sobre seus direitos referentes à cobertura assistencial, dando à operadora a oportunidade de equacionar problemas decorrentes de situações particulares, e, ainda, efetivar a Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), que é a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração e que resulte no cumprimento útil da obrigação, resultando no arquivamento do processo administrativo sancionador; o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), mecanismo de conciliação

em que é firmado um termo que suspende o andamento do processo administrativo sancionador, e, sendo o acordo cumprido, resulta no arquivamento deste; e o OLHO VIVO, que é o programa de fiscalização indutora que passou por uma reformulação, tendo como principais eixos temáticos a ampliação da perspectiva de fiscalização do cumprimento das normas regulatórias, a promoção da defesa da concorrência no setor de saúde suplementar, com o enfoque à defesa do consumidor, e a adoção de uma postura captadora de tendências e indutora de mudanças nas práticas de mercado adotadas no setor.

A seguir serão abordados cada um desses mecanismos de forma detalhada, além do protagonismo do consumidor, que consiste nas ações educativas para o consumo, na integração com os órgãos e entidades do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor e sociedade organizada, bem como a desconcentração decisória, que formam juntos os principais avanços trazidos com o Novo Enfoque da Fiscalização.

O novo enfoque da fiscalização e a aplicação dos mecanismos de mediação ativa de conflitos

1. Mediação ativa de casos recorrentes com operadoras

Desde julho de 2006, a Diretoria de Fiscalização vem passando por uma reestruturação a que se deu o nome de Novo Enfoque da Fiscalização. Tal fase foi marcada por várias mudanças, desde a reformulação das áreas e de suas atribuições até a desconcentração decisória, que permitiram ao Diretor de Fiscalização, legitimado pelo disposto nos artigos 12 e 13 da Lei nº 9.784/99 (BRASIL, 1999) que regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal, delegar aos Chefes dos Núcleos Regionais de Atendimento e Fiscalização e aos Gerentes de Fiscalização Regulatória e de Ajuste e Recurso o poder de decidir os processos administrativos sancionadores em primeira instância.

Tal medida trouxe celeridade e eficiência ao processo administrativo sancionador, uma vez que toda a fase instrutória até a decisão de primeira instância são realizadas pelo mesmo órgão, evitando, assim, a tramitação excessiva e desnecessária do processo e o afunilamento inevitável dos processos de doze Núcleos de Atendimento e da Gerência de Fiscalização Regulatória para a decisão de uma só autoridade. Além disso, a medida aproximou a atividade fiscalizatória da realidade do mercado. A desconcentração decisória foi um importante instrumento de redução do tempo da fase decisória do

processo sancionador, trazendo maior efetividade na aplicação das penalidades, nos casos em que estas se fazem necessárias. Entre 2006 e os últimos doze meses, até junho de 2009, o tempo médio da fase decisória foi reduzido em 73,5%.

A referida delegação não retirou do Diretor de Fiscalização, entretanto, o juízo de admissibilidade do recurso e de reconsideração, previstos no art. 27 caput da RN nº 48, de 19 de setembro de 2003 (ANS, 2003), que dispõe sobre o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os recursos contra as decisões de aplicação de sanção por descumprimento da legislação de saúde suplementar são processados pela Gerência-Geral de Ajuste e Recurso e encaminhados para o Diretor de Fiscalização para juízo de admissibilidade e de reconsideração.

Toda a reformulação da estrutura se deu de forma a primar pela aplicação dos mecanismos de mediação ativa dos conflitos, em detrimento da aplicação pura e simples de sanções. Foram instituídos mecanismos para estimular a conciliação como forma de correção das práticas contrárias à regulação. A mediação ativa de conflitos tem caráter pedagógico e busca a solução dos problemas enfrentados pela regulação, uma vez que a mera aplicação de penalidades não extermina as práticas infrativas, sendo apenas uma forma de coibi-las. Por outro lado, há situações em que não é possível a mediação, e para esses casos é necessária efetiva aplicação de penalidades, efetividade esta majorada pela desconcentração decisória, uma vez que reduziu consideravelmente o tempo médio da fase decisória, conforme já mencionado.

Dentre as atribuições dos Nurafs estão: o atendimento aos consumidores da região abrangida por sua competência no recebimento de denúncias e consultas; a mediação ativa dos interesses visando ao consenso na solução dos casos de conflito, com destaque para a Macro; a apuração dos fatos narrados nas denúncias recebidas e a lavratura de auto de infração, quando cabível; a instauração e condução dos processos administrativos iniciados de ofício ou em decorrência de denúncia; o julgamento em primeira instância, por delegação do Diretor de Fiscalização, do processo administrativo sancionador, conforme já mencionado; o arquivamento de denúncias e processos administrativos extintos; a participação em ações de articulação com órgãos e entidades integrantes do SNDC (Sistema Nacional de Defesa do Consumidor) e da sociedade civil organizada, em apoio à Gerência-Geral de Relacionamento Institucional; e a realização do

juízo preliminar para a celebração de TCAC (Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta) quando houver solicitação formal nos autos de processo administrativo sancionador, para encaminhamento posterior à Gerência-Geral de Ajuste e Recurso.

A Macro originada no Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização do Rio de Janeiro (Nuraf-RJ) e realizada nos demais Nurafs, tem por objetivo identificar práticas negativas que se mostrem recorrentes, buscando as informações necessárias para sua prevenção e indução de boas práticas.

Trata-se de um "tratamento coletivizado de demandas, através da centralização de todas as demandas presentes em um Nuraf, que abordam uma determinada prática irregular e recorrente, associada a uma mesma operadora". O objetivo é a mediação de condutas recorrentes, em que seja feita uma pesquisa em torno daquela determinada prática infrativa para que se obtenha todas as informações possíveis ligadas àquela conduta e seja definida uma estratégia de abordagem junto à operadora. Dessa forma, podem ser esclarecidas, por exemplo, questões relativas à compreensão equivocada, por parte das operadoras setoriais, das normas que regulam o setor. A idéia é que a operadora seja, então, acompanhada, trimestralmente, por um período de um ano e, persistindo a ocorrência das mesmas práticas, sejam tomadas providências por parte da ANS.

Um caso em que foi aplicada a Macro e merece destaque, até porque foi a partir desse caso específico que a Macro foi implementada, no final de 2007, pela fiscalização do Nuraf-RJ, foi a prática recorrente de uma determinada operadora ao negar a cobertura para cirurgias buco-maxilo-faciais, quando solicitadas por cirurgiões-dentistas. Após um estudo das demandas existentes, concluiu-se que essa prática era originada por uma má compreensão da Súmula Normativa nº 11 (ANS, 2007c), e decidiu-se realizar uma reunião com os representantes da operadora, em janeiro de 2008. A reunião foi realizada e, nesse encontro, o Nuraf-RJ apresentou o entendimento da ANS com relação à Súmula. Até o presente momento, não foi verificada nenhuma outra demanda referente ao mesmo tema nessa operadora.

2. Reparação voluntária e eficaz

A reparação voluntária e eficaz, prevista no art. 11 da RN nº 48/03, dispositivo que foi alterado pela RN nº 142, de 21 de dezembro de 2006, é um instituto que permite à operadora, identificada uma prática infrativa, reparar, voluntariamente sua conduta antes da lavratura do

auto de infração, desde que o faça de forma útil e eficaz. Constatada a RVE, o processo administrativo sancionador é arquivado sem que haja aplicação de penalidade. Assim dispõe o art. 11 supracitado, já com as alterações trazidas pela RN nº 142/06 (ANS, 2006):

> [Art. 11. As demandas serão investigadas preliminarmente na instância local, devendo ser arquivadas nessa mesma instância na hipótese de não ser constatada irregularidade, ou sendo constatada, se houver reparação voluntária e eficaz de todos os prejuízos ou danos eventualmente causados.
>
> §1º Considera-se reparação voluntária e eficaz a ação comprovadamente realizada pela operadora em data anterior à lavratura do auto de infração e que resulte no cumprimento útil da obrigação.
>
> §2º O arquivamento de que trata este artigo deverá ser precedido de comunicação aos interessados, anexando-se cópia ao processo]

Observe-se que são três os requisitos para a caracterização do referido instituto, sendo somente o temporal - a necessidade da reparação se dar anteriormente à lavratura do auto de infração - um requisito objetivo.

Além do marco temporal, a aplicação da reparação voluntária e eficaz pressupõe que a operadora repare voluntariamente todos os prejuízos ou danos eventualmente causados pelo ilícito anteriormente praticado, e o faça de forma eficaz.

Voluntariedade, nesse caso, é sinônimo de vontade livre, não sendo necessária a espontaneidade. Assim, ainda que a idéia da reparação venha de terceiros, continuará sendo voluntária (se não houver ação coercitiva do Estado, tornando a conduta obrigatória) sem, contudo, ser espontânea a reparação. Isso significa dizer, por exemplo, que, caso a operadora repare sua conduta em cumprimento a uma decisão judicial (ação coercitiva estatal), não o está fazendo voluntariamente, enquanto que, se o fizer em razão de um acordo, ou mesmo de uma intervenção da Agência através de um de seus mecanismos de mediação ativa de conflitos (NIP, Macro etc...), sem que haja coação estatal, estará agindo de forma livre, preenchendo, assim, o requisito da voluntariedade.

O requisito eficácia, por sua vez, merece uma interpretação extensiva da norma, no sentido de, além de reparar os prejuízos ou danos causados, principalmente evitar que haja o surgimento de qualquer tipo de dano ou prejuízo em razão da conduta ilícita anteriormente praticada.

Segundo o Dicionário Aurélio, eficaz é aquilo que produz o efeito

desejado; que dá bom resultado. O efeito desejado, no caso, é que a situação volte a ser como era antes da conduta infrativa praticada, que tudo volte ao status quo. Entretanto, isso não é algo fácil de se vislumbrar no mundo fático. Assim, para que a aplicação do instituto não fique inviabilizada, o que não seria vantagem para nenhuma das partes envolvidas, verifica-se apenas a reparação dos interesses diretamente tutelados por esta Agência.

Um bom exemplo seria o caso de uma negativa de cobertura em que a operadora volte atrás, liberando, antes da lavratura de auto de infração, o procedimento anteriormente negado. Nesse caso, ainda que fique comprovado que a negativa e a liberação tardia geraram prejuízos ao consumidor, estará caracterizada a reparação voluntária e eficaz caso tenha ocorrido efetiva reparação à sua saúde, pois do ponto de vista do mercado de saúde suplementar e dos interesses diretamente tutelados pela ANS, não há que se adentrar no mérito, por exemplo, de eventuais danos morais, o que só poderiam ser pleiteados no Poder Judiciário.

Há que se analisar, ainda, o requisito que fala em cumprimento útil da obrigação. Em que pese utilidade possa ser confundida com eficácia, não é à toa que a norma traz as duas palavras. A eficácia é analisada muito mais do ponto de vista do consumidor do que do ponto de vista regulatório. Utilizando o exemplo acima, em que o consumidor tem um procedimento negado e posteriormente autorizado, havendo efetiva reparação à sua saúde, temos preenchido o requisito eficácia. A utilidade, entretanto, é analisada sob o aspecto regulatório, de modo que se a operadora passar a utilizar o instituto da reparação voluntária e eficaz como forma de controle de custos, negando reiteradamente autorização para procedimentos de cobertura obrigatória, só autorizando quando houver reclamação do consumidor e/ou interpelação da ANS, não há utilidade no cumprimento da obrigação. Tal mecanismo se mostra, inclusive, abusivo e, portanto, ilícito, já que o nosso ordenamento jurídico veda o abuso de direito, e, este sendo constatado, deve impedir a utilização da reparação voluntária e eficaz.

Por fim, vale ressaltar que a utilidade diz respeito também à execução específica da obrigação ou à determinação de providências que assegurem resultado prático equivalente ao do adimplemento, evitando-se, assim, o formalismo exagerado que muitas vezes inviabilizaria a aplicação do instituto. É claro que o resultado prático equivalente deve ser analisado em cada caso específico e deverá ser respeitado o princípio da proporcionalidade e observado se foi atingido de forma efetiva o interesse público. No caso de uma negativa

de cobertura, por exemplo, em que o consumidor arca com as despesas e, posteriormente, a operadora vem a ressarcir, está caracterizada a RVE, conforme Parecer da DIFIS[1]:

> [Pode-se dizer que, com o menor ônus ao agente econômico e sem custo de um processo administrativo sancionador para a Administração, o beneficiário teve seu interesse efetivamente tutelado, o que não ocorreria com a mera aplicação da sanção, pois eventual ressarcimento do gasto realizado pelo beneficiário ocorreria apenas depois de prolongada ação judicial]

A RVE permitiu aceleração na mediação dos conflitos e no consequente encerramento dos processos. Nos processos de representação, 73% dos encerramentos foram por RVE, no período entre 2006 e junho de 2009, e nos processos sancionadores, 21%, no mesmo período.

3. Notificação de Investigação Preliminar

A Notificação de Investigação Preliminar é outro instrumento de mediação ativa de conflitos, que vem sendo utilizado pela DIFIS, com o intuito de interferir de forma positiva no processo de autorização de procedimentos por parte das operadoras, além de estimular a RVE, através da busca de um posicionamento das partes e da celeridade nas respostas institucionais, de modo a trazer satisfação ao direito do consumidor, quando for o caso, e evitar a abertura de processo administrativo sancionador.

A formalização e a implantação da NIP ocorrerão através da elaboração e aprovação de normativo pela Diretoria Colegiada da ANS. No entanto, como etapa prévia, a Diretoria de Fiscalização (DIFIS) realizou o Projeto Piloto para teste de todas as atividades necessárias para sua operacionalização, bem como para identificação de pontos que precisavam de aprimoramento para viabilização da proposta.

O projeto NIP funciona da seguinte forma: quando é apresentada uma denúncia de negativa de cobertura junto à Central de Relacionamento (Disque-ANS) ou através do Fale Conosco (e-mail) ou junto aos Nurafs, a área responsável pelo instrumento notificará imediatamente a operadora sobre a denúncia. Esta tem, então, um prazo de cinco dias úteis para responder à notificação e se manifestar junto ao beneficiário. Se a resposta for positiva, ou seja, se a operadora admitir que o procedimento negado é de cobertura obrigatória e se dispuser a autorizá-lo,

[1] Parecer nº 02/2008/DIFIS/ASSESSORIA.

a demanda é arquivada. Caso contrário, a demanda é encaminhada ao Nuraf para providências cabíveis, que normalmente é a abertura de um processo para apuração mais detalhada da denúncia.

Os resultados do projeto piloto apontam vantagens do instrumento. No período de 13/10/2008 a 28/02/2009, 60,2% das demandas de negativa de cobertura tratadas pela NIP foram concluídas como resultado da mediação de conflitos, não tendo sido abertos processos administrativos. No mês de junho de 2009, 60,6% dessas demandas foram concluídas sem abertura de processo.

Trata-se de um instrumento que permite a reparação voluntária e eficaz, evitando, assim, a aplicação de sanção à operadora, além de ser preventivo e pedagógico, na medida em que esclarece questões sobre cobertura assistencial que muitas vezes são interpretadas de maneira equivocada, levando ao cometimento de condutas infrativas por parte das operadoras. Do ponto de vista do consumidor, há uma resposta rápida da operadora, e, sendo esta positiva, há o cumprimento da obrigação de prestar a cobertura, fazendo com que seu direito seja satisfeito de forma rápida e eficaz. Para a ANS, evita a abertura desnecessária de processos administrativos, resultando em eficiência e celeridade na regulação.

4. Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta

Em que pese o Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta ser um instrumento que deve ser utilizado de forma residual em relação à RVE - instrumento de consensualidade anterior ao auto de infração e à representação e, portanto, na maioria das vezes mais eficaz, não deixa de ser um importante instrumento de mediação de conflitos.

O TCAC tem seu fundamento legal no § 1º do art. 29 da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a):

> [§1º O processo administrativo, antes de aplicada a penalidade, poderá, a título excepcional, ser suspenso, pela ANS, se a operadora ou prestadora de serviço assinar termo de compromisso de ajuste de conduta, perante a diretoria colegiada, que terá eficácia de título executivo extrajudicial, obrigando-se a:
>
> I - cessar a prática de atividades ou atos objetos da apuração; e
>
> II - corrigir as irregularidades, inclusive indenizando os prejuízos delas decorrentes]

A matéria foi regulamentada pela RDC nº 57, de 19 de fevereiro

de 2001 (ANS, 2001), que traz todo o trâmite do TCAC. Seu objetivo é adequar a conduta da operadora à legislação pertinente e às diretrizes gerais estabelecidas para o setor de saúde suplementar.

Instaurado processo administrativo sancionador que tenha por base auto de infração, representação ou denúncia positiva de fatos irregulares, e, sendo detectada a possibilidade de celebração de termo de compromisso de ajuste de conduta, este será celebrado em decorrência de ações da ANS. Normalmente, a viabilidade do termo se inicia com a manifestação da vontade da operadora, que se propõe a ajustar à conduta praticada, sem que isso signifique confissão quanto à matéria de fato ou reconhecimento da ilicitude da conduta em apuração.

Há então a convocação da operadora para o início das negociações, em que é apresentada a proposta de ajuste de conduta. Sua viabilidade é analisada, e, após concordância da operadora, segue para aprovação da Diretoria Colegiada. Vale ressaltar que por viabilidade da proposta entende-se a verdadeira possibilidade de ajuste da conduta, bem como a conveniência e oportunidade na celebração do termo, o que é analisado em cada caso concreto.

Havendo a referida aprovação, o termo é celebrado e, automaticamente, suspende-se o processo administrativo sancionador até que haja fiscalização de seu cumprimento pela Diretoria de Fiscalização e, restando comprovado o cumprimento do mesmo, arquiva-se o processo administrativo sancionador, ou, caso contrário, é dado prosseguimento ao mesmo.

5. Programa Olho Vivo

Dentre as atribuições da Diretoria de Fiscalização destaca-se a fiscalização pró-ativa que se dá através do programa OLHO VIVO. Essa fiscalização objetiva identificar práticas e prevenir irregularidades, com o foco na qualidade da assistência prestada.

O programa começou a ser executado entre 2002 e 2003, quando era feita uma análise dos aspectos gerais da operadora, aspectos contábeis e econômico-financeiros, aspectos gerais dos produtos, aspectos específicos dos produtos e do produto exclusivamente odontológico, enfim, questões de natureza regulatória. Foi uma fase de assimilação das regras pelo mercado.

Com o advento da Resolução Normativa n° 142, de 26 de dezembro de 2006 (ANS, 2006), que prevê uma atuação mais efetiva por

parte das diretorias responsáveis pela edição de normativos relacionados às obrigações de natureza regulatória no monitoramento do cumprimento dessas obrigações, houve uma motivação para a reformulação do programa.

As mudanças trazidas pela referida norma propiciaram um ambiente em que a fiscalização pró-ativa pudesse se aprimorar, e foi então que surgiu a proposta de um novo módulo que veio a gerar a proposta de reformulação do Programa, o módulo Práticas de Mercado. A reformulação se deu em torno de três eixos temáticos, em consonância com o Novo Enfoque da Fiscalização: a ampliação da perspectiva de fiscalização do cumprimento das normas regulatórias; a promoção da defesa da concorrência no setor de saúde suplementar, tendo como enfoque a defesa do consumidor; e a adoção de uma postura captadora de tendências e indutora de mudanças nas práticas de mercado adotadas no setor de saúde suplementar.

O primeiro eixo diz respeito à obediência não só aos mandamentos expressos da lei, mas aos princípios constitucionais e infraconstitucionais aplicáveis, em consonância com a tendência neoconstitucionalista de expansão do princípio da legalidade. Assim, da simples identificação de infrações tipificadas na Resolução Normativa nº 124/2006, as práticas das operadoras passam a ser analisadas sob o aspecto dos princípios aplicáveis à regulação da saúde suplementar.

O segundo eixo consiste na adoção de mecanismos aptos ao monitoramento das práticas de mercado exercidas pelas operadoras, para que possam ser identificadas aquelas que forem contrárias ao princípio da livre concorrência e à proteção das relações de consumo, em consonância com a tendência atual, verificada nos Estados Unidos da América, e mais recentemente no Brasil, de adotar a defesa do consumidor como objetivo principal da defesa da concorrência. Vejamos o que diz Heloisa Carpena[2] sobre o assunto (CARPENA, 2005):

> [Em outras palavras, se o sistema de baseia em uma ótica não patrimonialista, como privilegiar o interesse do mercado ou dos concorrentes em detrimento dos consumidores? Como tornar realidade a dignidade da pessoa humana sem contemplar o consumidor em primeiro lugar, como portador de interesse prioritário a ser tutelado?

[2] apud Nota Técnica nº 001/GGFIR/DIFIS, 2008.

> A proteção da concorrência não é um fim em si mesma, mas constitui instrumento que, fundado no princípio da igualdade, visa preservar o equilíbrio das forças do mercado, a transparência das informações que nele circulam e, em última análise, garantir opções para que o consumidor possa exercer o seu direito básico de escolha. A implementação do direito de escolha do consumidor interessa tanto ao Direito do Consumidor quanto ao Direito da Concorrência, pois 'através da transmissão da informação e da existência da liberdade de escolha, o sistema de mercado permite descobrir as melhores opções existentes e o pensamento mais racional a adotar.' Ao escolher, livre e conscientemente, dentre os produtos e serviços oferecidos no mercado, o consumidor determina vencedores e vencidos na luta concorrencial...]

O último eixo consiste, na verdade, em uma renovação dos objetivos originais do Programa OLHO VIVO, que é a prevenção de falhas no setor de saúde suplementar.

O novo foco são as operadoras com maiores indícios de irregularidades, para atingir aquelas com maior número de beneficiários em cada mercado relevante, entendidos em um primeiro momento, os mercados formados por cada abrangência geográfica (nacional, grupo de estados, estados, grupo de municípios e municípios), tipo de contratação (coletivo por adesão, coletivo empresarial, familiar e individual) e faixa de preço.

Um caso concreto verificado através do novo programa foi a prática infrativa da Unimilitância, por uma operadora da região sul, gerando a necessidade de uma forte intervenção da fiscalização em defesa da concorrência. Tal situação indica ainda uma necessidade de se avaliar o quanto a concentração gerada pela Unimilitância interfere na qualidade da assistência à saúde prestada.

O que mais se ganha com essa amostra sobre mercados relevantes é que, além de possibilitar uma intervenção mais efetiva da fiscalização, a análise econômica para a construção da amostra permite a correlação de aspectos concorrenciais com a liberdade de escolha e com a qualidade da assistência prestada ao consumidor.

O estudo dos dados do mercado relevantes a serem analisados e das operadoras a serem fiscalizadas abrange aspectos como o equilíbrio econômico-financeiro da operadora, a prática de unimilitância, o perfil de sua carteira, os critérios de fixação e reajuste de preços, o manejo de mecanismos de regulação, a postura da operadora diante de consumidores idosos e de consumidores portadores de DLP (Doença ou Lesão Preexistente), a qualidade das informações periódicas enviadas à

ANS e o relacionamento com o SUS (especialmente o direcionamento de clientela da operadora para o SUS, por meio de hospitais "dupla porta"), dentre outras questões, obtendo-se, assim, uma visão ampla.

Pode-se dizer que a reformulação do programa representa um grande passo na fiscalização pró-ativa, uma vez que deixou de se dar em relação a aspectos meramente formais dos produtos e cumprimento de regras contábeis, passando para uma preocupação maior com a qualidade da assistência efetivamente prestada aos consumidores.

Protagonismo do consumidor

Um dos pilares do Novo Enfoque da Fiscalização foi o fomento ao Protagonismo do Consumidor, com o objetivo de informar os beneficiários de planos de saúde sobre seus direitos, processo que está sendo realizado através do Programa Parceiros da Cidadania e Educação sobre o Consumo.

Conforme art. 51 da RN nº 197, de 16 de julho de 2009 (ANS, 2009), fica a cargo da Gerência-Geral de Relacionamento Institucional (GGRIN) a articulação com os órgãos e entidades integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor (SNDC), em especial ações de cooperação técnica, e com a sociedade civil organizada, por meio de programas específicos, visando à educação para o consumo.

Fica a cargo do referido órgão, ainda, a Central de Relacionamento, que recebe, analisa e responde às demandas dos consumidores, atuando, conforme a peculiaridade do caso, na solução prévia de conflitos. A implementação da Central de Relacionamento ampliou a visão de um canal institucional de relacionamento com perfis para consumidores, operadoras e prestadores. Passou, assim, a ser encarada como atividade permanente de Articulação Institucional.

Em consonância com a reformulação do Programa Olho Vivo, a análise dos dados coletados pela Central de Relacionamentos constitui um ponto de partida para a detecção dos problemas e dificuldades encontrados pelos consumidores, sinalizando potenciais demandas para a agenda regulatória.

Há também articulação com as áreas da ANS para a obtenção de informações sobre as operadoras e seus produtos, divulgando-as aos consumidores/beneficiários por meio da Central de Relacionamento e de outros serviços, tais como materiais educativos (guias de bolso, folder explicativo), assim como a elaboração e atualização das formas e conteúdos técnicos a serem divulgados aos consumidores/beneficiários

e aos órgãos e entidades integrantes do SNDC (Informativo Eletrônico dirigido ao SNDC e Centrais Sindicais, que representa uma comunicação ativa dos assuntos relevantes do setor).

Com o programa Parceiros da Cidadania já foram firmados 23 acordos e parcerias, sendo 16 com Procons e 1 com uma Defensoria Pública, além de 6 Centrais Sindicais, representando 2.802 entidades sindicais. Daí surgiu o Fórum Nacional Permanente dos Trabalhadores sobre Saúde Suplementar, que é um espaço de interlocução e debate com as centrais sindicais. Já foram realizados 27 encontros com as Centrais Sindicais, o que é de grande valia para a diminuição da assimetria de informações, considerando que os vínculos de planos coletivos representam mais de 70% da totalidade do setor de saúde suplementar.

Em 2008, foram atualizados os materiais educativos, antes no formato cartilha, para o formato "Guia de Bolso", abordando 4 temas: Urgência e Emergência; Doenças e Lesões Preexistentes; Reajuste e Cobertura Assistencial. Foram produzidos, ainda, 2 guias denominados "Dicas e Questões": 12 questões que você precisa saber sobre planos de saúde, e 7 dicas para contratar o plano; além de 1 folder "Tire suas dúvidas sobre plano de saúde".

Esse material informativo foi distribuído ao longo do ano diretamente aos órgãos com os quais a ANS estabeleceu acordos de cooperação técnica, além das instituições participantes das oficinas realizadas com órgãos do SNDC, Centrais Sindicais e operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Além disso, o já mencionado Projeto Piloto da Notificação de Investigação Preliminar (NIP) permitiu uma interlocução com instituições de representação empresarial, interlocução esta que se deu também para discussão do Decreto nº 6.523/2008, do Ministério da Justiça (BRASIL, 2008), que regulamenta os Serviços de Atendimento ao Consumidor (SACs). Foram realizados debates após a publicação do Decreto e produzida a Cartilha para esclarecimento das dúvidas mais frequentes em conjunto com o Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor (DPDC).

Principais problemas relacionados aos serviços odontológicos

Algumas questões concernentes aos serviços na área de odontologia que geram um número significativo de denúncias nos Nurafs e no Disque-ANS merecem destaque.

Um caso recorrente é aquele em que o consumidor tem plano na segmentação hospitalar, sendo ou não consumidor de plano na segmentação odontológica, e, por algum imperativo clínico, precisa realizar um procedimento odontológico em ambiente hospitalar, e a operadora nega cobertura em razão do solicitante ser dentista. Tal conduta não é permitida pela legislação que regula o setor de saúde suplementar e foi um dos principais motivos a ensejar a demanda do CFO (Conselho Federal de Odontologia), através de uma comissão criada com o objetivo de maior integração entre o Conselho, as operadoras, e entidade reguladora, a Comissão de Relações Institucionais, por uma providência da ANS em relação ao assunto.

Foi editada pela Diretoria Colegiada a Súmula Normativa nº 11, de 20 de agosto de 2007 (ANS, 2007c) que, reiterando o disposto no parágrafo único do art. 7º da Resolução Consu nº10, de 4 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998b), dispõe expressamente que os procedimentos abrangidos pelas internações hospitalares, de natureza buco-maxilo-facial ou por imperativo clínico, dispostos no art. 12, inciso II, da Lei nº 9.956/98 (BRASIL, 1998a), e no art. 7°, parágrafo único da Resolução Consu nº 10, de 1998, devem ser cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, mesmo quando promovidos pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelos respectivos conselhos de classe, desde que restritos à finalidade de natureza odontológica.

Assim, se o consumidor possui um plano na segmentação hospitalar e precisa realizar um procedimento odontológico (logo, não previsto no rol de procedimentos médico-hospitalares) que, por imperativo clínico (hemofilia, transtornos mentais, portadores de necessidades especiais etc), precisa ser realizado em ambiente hospitalar, terá direito à cobertura pela operadora de plano de saúde caso o procedimento seja solicitado por dentista, não podendo a operadora negar em razão do profissional solicitante não ser médico. Nessas situações, a operadora médico-hospitalar não está obrigada a arcar com os honorários do dentista nem com os materiais de uso estritamente odontológico.

O art. 5º da RN nº167/08 (ANS, 2008) prevê expressamente que os procedimentos e eventos que possuem cobertura obrigatória poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos Conselhos de Classe, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde, desde que solicitados pelo médico assistente, com exceção dos procedimentos de natureza odontológica, que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião-dentista.

Quanto à obrigatoriedade de cobertura de procedimentos buco-maxilo-faciais, além da previsão expressa trazida pela Súmula Normativa n°11 supramencionada, o rol de procedimentos editado e atualizado pela ANS, que tem sua versão atual na RN nº 167/08, constitui referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999 e naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656/98 e garante cobertura de todas as doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde da OMS, respeitadas as segmentações contratadas e as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998a).

Além disso, a RN nº 167/08 prevê expressamente a integralidade da assistência, o que significa dizer que o rol compreende todas as ações necessárias à prevenção da doença, à recuperação, manutenção e à reabilitação da saúde, observados os termos da Lei e do contrato firmado entre as partes. A referida norma, além das novidades e procedimentos que incluiu, diferentemente dos róis anteriores, demonstrou uma preocupação em esclarecer e colocar de forma expressa questões que antes já estavam implícitas nas normas anteriores.

Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas decorrentes de procedimentos não cobertos têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT). Além disso, a participação de profissional médico anestesiologista nos procedimentos listados no rol de procedimentos da RN nº 167/08 terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

A atenção multiprofissional e a integralidade da assistência são as amplitudes trazidas de forma expressa que serviram, entre outras coisas, para esclarecer de uma vez por todas a obrigatoriedade das operadoras em manter, em suas redes, um profissional habilitado a realizar os procedimentos de natureza buco-maxilo-facial.

Considerações finais

Pode-se observar que a mediação ativa de conflitos, com o intuito de se obter eficiência e proporcionalidade na ação fiscalizatória, bem como conferir maior legitimidade à regulação, no contexto da desconcentração administrativa e decisória, e através dos instrumentos analisados neste trabalho, entre outras ações, como a gestão estraté-

gica da informação, constitui hoje eixo estruturante do Novo Enfoque da Fiscalização da ANS.

A Diretoria de Fiscalização, no exercício dessa atividade central da ANS, e no cumprimento de sua atribuição prevista no art. 49, inciso VI da RN nº 197/09 (ANS, 2009) qual seja, "promover medidas que possibilitem a mediação ativa de interesses com vistas à produção do consenso na solução dos casos de conflito", vem buscando atingir a eficiência, celeridade, efetividade e proporcionalidade em suas ações, dando à mediação um significado muito maior do que apenas dirimir conflitos já existentes, mas, principalmente, o de induzir práticas corretas no exercício da atividade privada regulada, gerando resultados positivos e contribuindo para a mudança de atitude dos atores do mercado e viabilizando, assim, uma cultura de participação ativa e inclusiva.

O objetivo maior é que todas as partes envolvidas compreendam as reais causas e possibilidades de equacionamento dos conflitos existentes, de modo que todos avaliem seus objetivos e opções com vistas a um acerto e/ou correção de falhas e irregularidades. A iniciativa de identificar, discutir e resolver as questões do conflito, e o estabelecimento ou retomada da comunicação entre a Agência e os atores sociais conduz a um termo de entendimento para mútua satisfação, obtendo-se a transformação como principal característica da mediação.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução da Diretoria Colegiada nº 57, de 19 de fevereiro de 2001. Dispõe sobre o termo de compromisso de ajuste de conduta das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 mar. 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Resolução Normativa nº 48, de 19 de setembro de 2003. Dispõe sobre o processamento administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 set. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 142, de 21 de dezembro de 2006. Altera os artigos 8º, 11, 27 e 28 da RN nº 48, de 19 de setembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.

br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 158, de 29 de junho de 2007. Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jul. 2007a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 163, de 19 de outubro de 2007. Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2007b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Súmula Normativa nº 11, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre a solicitação de exames e internações por cirurgiões-dentistas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 ago. 2007c. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 167, de 9 de janeiro de 2008. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial 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, Brasília, DF, 10 jan. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 197, de 16 de julho de 2009. Institui o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 jul. 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

ARAGÃO, A. S. Agências reguladoras e a evolução do direito administrativo econômico. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 2006.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituiçao.htm>. Acesso em: 31 jul. 2009.

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,

Brasília, DF, 3 jun. 1998a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

BRASIL. Conselho de Saúde Suplementar. Resolução Consu nº 10, de 04 de novembro de 1998. Dispõe sobre a elaboração do rol de procedimentos e eventos em saúde que constituirão referência básica e fixa as diretrizes para a cobertura assistencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 nov. 1998b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999. Regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9784.htm>. Acesso em: 31 jul. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 31 jul. 2009.

BRASIL. Decreto nº 6.523, de 31 de julho de 2008. Regulamenta a Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990, para fixar normas gerais sobre o Serviço de Atendimento ao Consumidor. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Decreto/D6523.htm>. Acesso em: 31 jul. 2009.

CARPENA, H. O consumidor no direito da concorrência. Rio de Janeiro: Renovar, 2005.

GAETANI, F.; ALBUQUERQUE, K. Análise de impacto regulatório e melhoria regulatória. In: RAMALHO, P. I. S. Regulação e Agências Reguladoras: Governança e Análise do Impacto Regulatório. 1. ed. Brasília: Anvisa; Casa Civil da Presidência da República, 2009.

RAMOS, M. Governança regulatória: experiências e contribuições para uma melhor qualidade regulatória. In: RAMALHO, P. I. S. Regulação e Agências Reguladoras: Governança e Análise do Impacto Regulatório. 1. ed. Brasília: Anvisa; Casa Civil da Presidência da República, 2009.

V. Panorama econômico-financeiro das operadoras exclusivamente odontológicas

Introdução

O segmento odontológico foi o que mais cresceu, em termos percentuais, nos últimos 2 anos em número de beneficiários, acumulando uma evolução de 43% no período entre 2007 e 2009. O setor responde atualmente por uma carteira de 11,6 milhões de vidas, contabilizando um faturamento em contraprestações de R$ 1,1 bilhão ao final do exercício de 2008. Esses números estão distribuídos entre as quase 500 operadoras ativas que operam nessa modalidade de atenção à saúde, sendo cerca de 60% concentrada na Região Sudeste.

Essa expansão significativa é fruto da alavancagem natural de um nicho de mercado ainda em fase de desenvolvimento associada ao caráter complementar intrínseco à assistência odontológica em relação à médico-hospitalar.

É fato que, na medida em que há uma maior preocupação da população em lançar mão de um plano de saúde, maior é a tendência a se buscar um plano adicional odontológico. O próprio perfil da população brasileira, que vem envelhecendo de forma aguda, também contribui para uma maior preocupação com a saúde bucal.

Ainda assim, considerando a tímida penetração da cobertura desse tipo de assistência em comparação com os planos médico-hospitalares, é um mercado ainda com enorme potencial de crescimento. Nesse sentido, grupos de odontologistas começam a perceber maior valor em se organizar sob a forma de pequenas cooperativas

para atender a um grupo maior de pessoas, diluir risco e aumentar a previsibilidade das suas receitas. Isso pode ser constatado pela concentração de operadoras com até 5 mil beneficiários, de 51% na modalidade odontológica, sendo 77% desse número formado por cooperativas odontológicas.

Por outro lado, grandes grupos empresariais que atuam como investidores em setores com potencial de crescimento já se fazem presentes no ramo odontológico de assistência à saúde, participando ativamente na gestão e na captação de recursos, inclusive com abertura de capital em bolsa de valores.

Somente no primeiro trimestre de 2009 foram apresentados para aprovação da ANS 44 novos planos de negócio para ingresso no setor, sendo 70% oriundo de propostas de constituição de empresas odontológicas. Com essa perspectiva, é bastante provável que esses níveis de crescimento relativo da modalidade ainda sejam observados nos próximos anos.

Regulação

As principais exigências regulatórias que interferem diretamente na gestão da atividade odontológica estão ligadas à manutenção de recursos financeiros adicionais necessários à garantia de continuidade de assistência frente aos riscos presentes nesse ramo de negócio.

As Resoluções Normativas nº 159/07 e 160/07 (ANS, 2007a; ANS, 2007b) consolidaram os parâmetros de exigências de garantias financeiras (provisões técnicas, margem de solvência e patrimônio mínimo ajustado) e os critérios de vinculação de ativos garantidores que lastreiam as provisões técnicas. A partir de 2008 todas as operadoras, inclusive as odontológicas, são obrigadas, portanto, a registrar em seus passivos circulantes as provisões técnicas e a cobri-las adequadamente com ativos garantidores vinculados à ANS.

Importante destacar que nos primeiros trimestres de 2008, quando as referidas normas entraram em vigor, muitas operadoras demonstraram dificuldades na adequação às regras de garantias financeiras tanto na constituição das provisões técnicas quanto na vinculação dos ativos, muito em função do desconhecimento acerca dessas obrigações. Apenas a partir do 3º trimestre de 2008 é observado um movimento ascendente no nível de adequação como efeito dos processos de notificação da ANS e requisições de planos de recuperação focados no segmento odontológico.

Indicadores

O desempenho das operadoras do setor de saúde suplementar pode ser medido pelos indicadores econômico-financeiros extraídos das demonstrações financeiras anuais. Esses indicadores dão um diagnóstico bastante fiel acerca da eficiência na gestão da atividade, das características operacionais, dos níveis de rentabilidade e da situação de solvência e liquidez das operadoras.

1. Operacionais

Analisando-se os principais indicadores operacionais, verifica-se uma estabilidade na relação faturamento vs. despesas médicas, medido pelo índice de sinistralidade, que oscila entre 0,50 e 0,45 no período 2007-2009. Isso significa que aproximadamente metade da receita proveniente das contraprestações é destinada ao pagamento de despesas odontológicas. Esse indicador é bastante divergente do segmento médico-hospitalar que opera com um índice de sinistralidade em torno de 0,80.

Outra divergência interessante de observar está no ciclo operacional – a diferença entre o prazo médio de recebimento das contraprestações e o de pagamento dos eventos. Enquanto o segmento médico-hospitalar trabalha em média com um prazo em torno de 30 dias, o odontológico conclui seu ciclo com um prazo médio que varia de 10 a 15 dias apenas.

O giro do ativo, que mede a capacidade da operadora de gerar receita (contraprestações) com os recursos disponíveis (ativos), é um indicador tipicamente baixo em setores regulados que operam sob regras prudenciais de patrimônio. No caso das odontologias, soma-se esse fator à manutenção de ativos fixos (equipamentos, imóveis etc.), proporcionalmente elevados em relação ao potencial de receitas oriundas da comercialização de planos odontológicos. No período de 2007 a 2009, observa-se uma estabilidade desse indicador no nível de 0,50 para odontologias de grupo e 0,60 para as cooperativas odontológicas.

2. Liquidez

Do ponto de vista da manutenção da liquidez, este é um segmento que nos últimos 2 anos vem apresentando capacidade satisfatória de pagamento de suas dívidas de curto prazo. As cooperativas odontológicas registram indicadores de liquidez corrente próximos de 1,90, o que significa que os recursos (ativos) de curto prazo são quase duas vezes

superiores aos compromissos (passivos) de curto prazo. As odontologias de grupo, por sua vez, registram níveis ainda maiores de cobertura de dívidas a vencer dentro do exercício, em torno de 2,80.

3. Rentabilidade

A análise dos indicadores de rentabilidade ajuda a explicar boa parte do crescimento observado no número de operadoras no segmento odontológico. A referência mais importante e tradicional de desempenho do negócio é o indicador retorno sobre PL (Patrimônio Líquido) que é obtido pela relação entre o resultado líquido do exercício e o capital investido pelos sócios e seus acréscimos e decréscimos, registrados no patrimônio líquido. Esse indicador tem apresentado uma volatilidade elevada nos últimos anos, porém, na média, o setor de saúde suplementar tem operado com índices em torno de 5%, enquanto o exclusivamente odontológico situa-se no patamar de 7% no mesmo período.

A média do retorno sobre o ativo observada nos últimos 2 anos é de 3% para as odontologias de grupo e de 2% para as cooperativas odontológicas, enquanto o mercado como um todo gira em torno de 2%. Esse resultado, portanto, também ajuda a ilustrar o potencial de atratividade presente no segmento odontológico.

Considerações finais

A despeito da presença das principais características da essência da atividade baseada no regime mutualista que insere, sob a égide da legislação vigente, as empresas odontológicas no setor de planos de saúde, é extremamente relevante considerar suas peculiaridades estruturais que distinguem substancialmente esse segmento dos demais, para inferência de projeções que subsidiem tanto o direcionamento da regulação específica quanto o próprio desenvolvimento da gestão do negócio.

Diversos fatores situam as operadoras odontológicas em dimensões exclusivas desde o dimensionamento dos riscos assistenciais a que as empresas estão expostas, bastante reduzido em relação ao resto do setor, até os modelos de contratação dos serviços, e os indicadores econômico-financeiros ajudam a destacar essas nuances e a revelar tendências do segmento.

Nesse sentido, algumas conclusões gerais ficam visíveis, como a tendência de expansão do segmento que pode ser justificada parcialmente pelo grau de atratividade do negócio, pelos incentivos gerados

pela organização em cooperativas que geram redução de custos transacionais além de sinergia operacional e bons fundamentos econômico-financeiros. Vale destacar que ainda há uma considerável parcela do segmento desenquadrada com relação às regras de garantias financeiras e que o efeito desses ajustes pelas ações articuladas da ANS poderá alterar esse resultado.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 159, de 03 de julho de 2007. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras e do mantenedor de entidade de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jul. 2007a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 160, de 03 de julho de 2007. Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios Mínimos, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jul. 2007b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2009.

VI. A promoção da saúde nos planos odontológicos: estratégias e resultados do Requerimento de Informações

Introdução

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram o expressivo crescimento do mercado privado de planos odontológicos, revelando sua capacidade na geração de receitas e captação de clientes (VIEIRA e COSTA, 2008). Apesar desse mercado se destacar pelo dinamismo e desenvolvimento econômico-financeiro, as práticas assistenciais ainda replicam mecanicamente os princípios da modelagem hegemônica de base flexineriana.

A odontologia suplementar é caracterizada pela assistência à demanda espontânea suscitada pela presença de dor ou sintomas que ocorrem após a instalação das doenças; na crescente especialização e fragmentação do cuidado; no enfoque curativo e restaurador do processo saúde/doença; na valorização dos determinantes biológicos das doenças em detrimento aos determinantes sociais, ambientais, culturais e econômicos. A produção do cuidado 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 setor (ANS, 2005a).

O alto consumo tecnológico e a organização dos serviços de saúde sob a lógica de mercado constituíram padrões de produção e consumo de serviços que tiveram como consequências diretas a elevação dos custos assistenciais, o aumento das barreiras de acesso e dos mecanismos para

regulação da utilização dos serviços, a fragmentação da atenção, a baixa efetividade e eficiência das ações e o pequeno impacto na qualidade de vida dos usuários.

Através de uma atuação indutora, a ANS tem estimulado as operadoras de planos privados de saúde a desenvolverem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, em diversas áreas de atenção, visando contribuir para mudanças que possibilitem repensar o processo de trabalho e a organização dos serviços de saúde. Ao incentivar a adoção desses programas a ANS avança no cumprimento de sua finalidade institucional, reconhecendo a saúde suplementar como um local para a produção da saúde, ensejando o comprometimento dos atores envolvidos (ANS, 2007b).

Os objetivos da ANS ao adotar diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde foram: (1) contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; (2) induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; (3) contribuir para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecerem o perfil de saúde e morbidade da sua população de beneficiários; (4) estimular a multidisciplinaridade e a integralidade do cuidado; (5) contribuir para a qualificação da assistência prestada; e (6) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde (ANS, 2007a).

Este artigo está baseado na apresentação realizada pela autora durante o Encontro Nacional de Saúde Bucal, realizado pela ANS em novembro de 2008, e tem por objetivo descrever os principais resultados do Requerimento de Informações no que tange ao desenvolvimento de programas de promoção e prevenção na área de saúde bucal, contribuindo para a discussão dos avanços, desafios e perspectivas da assistência odontológica no setor suplementar.

Ações da ANS para a indução de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças: um breve histórico

O debate acerca do conceito de promoção da saúde ressurgiu nos últimos anos como reação à acentuada medicalização da saúde, tendo como motivações centrais o questionamento da eficiência da assistência médica curativa caracterizada pela crescente incorporação tecnológica, e a necessidade de controlar os custos assistenciais (BUSS, 2003). O autor destaca que a reformulação do conceito

baseia-se em uma concepção do processo saúde/doença ampliada por um enfoque político e técnico, que propõe a articulação de saberes científicos e comunitários, a mobilização de recursos institucionais e sociais, o estímulo ao desenvolvimento da autonomia, a idéia de responsabilização múltipla.

Práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças têm suas efetividades demonstradas no que tange à redução dos custos assistenciais e à diminuição da incidência de certos agravos. Entretanto, quando elas ocorrem desarticuladas de práticas de humanização e mudanças nos padrões relacionais entre profissionais de saúde e usuários, não provocam melhorias no modo de produção do cuidado e na qualidade do atendimento, prevalecendo o foco em doenças, a fragmentação do cuidado e a incapacidade de lidar com os sofrimentos e expectativas dos indivíduos (PINHEIRO e SILVA JUNIOR, 2007).

A oferta de redes de cuidado articuladas, focadas nas necessidades e priorizadas epidemiologicamente, com abertura para as subjetividades e aflições dos beneficiários, são os desafios da modelagem tecnoassistencial na saúde suplementar. O uso intensivo de tecnologias relacionais que possibilitem a escuta aos sofrimentos e a construção de vínculos responsáveis, a partir de uma assistência centrada no usuário são apostas para melhores resultados com custos suportáveis (SILVA JUNIOR, 2008).

Teixeira (2006) considera que:

> [... o processo de mudança do modelo de atenção na perspectiva da integralidade do cuidado exige a introdução de inovações nas dimensões gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais das práticas de saúde, inovações essas que podem incidir tanto no conteúdo das práticas, de modo a direcioná-las para a solução dos problemas e atendimento das necessidades e demandas da população, quanto na forma de organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços nos diversos níveis de complexidade...]

Tendo em vista as transições demográfica, epidemiológica e nutricional, aliadas ao aumento dos custos assistenciais e à necessidade de estimular mudanças na organização dos serviços de saúde, a ANS adotou mecanismos indutores para estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras setoriais (ANS, 2007a; ANS, 2007b).

Santos, Malta e Merhy (2008) observam que essas práticas ainda não se estabeleceram de forma sistemática e programática no setor, porém o tema foi incorporado ao discurso e às estratégias de marketing das operadoras.

Verificamos o esforço do órgão regulador em institucionalizar os conceitos e práticas da promoção da saúde e prevenção de doenças, exigindo mudanças organizacionais capazes de integrá-los, como prática permanente, ao modelo de gestão e ao sistema operacional das operadoras, reorganizando a forma de produção do cuidado, auxiliando a tomada de decisões e a definição de estratégias de intervenção monitoradas e avaliadas periodicamente, contribuindo para a qualificação da gestão da atenção à saúde no setor suplementar.

Um marco importante dessa discussão foram duas pesquisas realizadas junto às operadoras, prestadores e órgãos de defesa do consumidor que reafirmaram práticas assistenciais hegemônicas, bem como a oferta de procedimentos desassociada das necessidades da população beneficiária, evidenciando interesses de mercado e o descompromisso com a qualidade assistencial (JORGE, 2008).

Desde então, a ANS desenvolve estratégias para estimular ações e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelas operadoras setoriais, entendidos como dispositivos para a reorientação dos processos de trabalho em saúde em direção a novas práticas. Dentre essas estratégias, destacam-se a realização de Seminários Nacionais; a elaboração de Manuais Técnicos; 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; a avaliação e certificação dos programas desenvolvidos mediante critérios definidos pela Agência.

1. Organização de Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

No período de 2004 a 2007, a ANS promoveu quatro Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças na Saúde Suplementar, a fim de introduzir a discussão dessa temática no setor e apresentar experiências exitosas que demonstrassem a efetividade dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

2. Publicação da Resolução Normativa nº 94/05

Em 2005, foi publicada a Resolução Normativa n° 94 (ANS, 2005b) que estabeleceu a prorrogação dos prazos para a integralização de garantias financeiras para aquelas operadoras que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Inicialmente, 215 operadoras enviaram seus programas a fim de se candidatarem ao diferimento dos ativos garantidores, dentre as quais 133 foram aprovadas e cadastradas, totalizando 420 programas.

3. Elaboração do Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar

Com base nos resultados decorrentes da avaliação dos programas cadastrados pela Resolução Normativa n° 94/05 (ANS, 2005b), identificou-se a necessidade de disponibilizar referenciais teóricos e técnicos, baseados em evidências científicas, para orientar a elaboração, o planejamento, a implementação e monitoramento dos programas desenvolvidos no setor. Em 2006, foi publicada a primeira edição do manual, revisada e atualizada em 2007, juntamente com a criação de um hotsite sobre promoção da saúde e prevenção de doenças no sítio da ANS, onde foram disponibilizados diversos documentos para subsídio e assessoria às operadoras e prestadores de serviços.

4. Realização de pesquisa junto às operadoras de planos de saúde

A fim de traçar o perfil dos programas desenvolvidos e elaborar um diagnóstico do setor, em maio de 2008, a ANS elaborou um Requerimento de Informações (RI) solicitando às operadoras que respondessem a um questionário sobre promoção da saúde. Essa pesquisa teve como objetivos: (1) conhecer o número de operadoras que desenvolvem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; (2) identificar as estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças implementadas pelas operadoras, considerando a singularidade operacional, a diversidade regional do país e os mecanismos de planejamento e gestão utilizados pelas operadoras; (3) coletar informações relacionadas à atenção obstétrica no setor de saúde suplementar; (4) subsidiar a elaboração do processo avaliativo e metodologia de monitoramento dos programas; e (5) subsidiar estratégias para a qualificação dos programas desenvolvidos no setor suplementar (ANS, 2008b).

O requerimento foi enviado para 1.842 operadoras e respondido por 1.351 (73,3%). Dessas, 641 (47,4%) declararam realizar programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. De acordo com dados do Sistema de Informações de Beneficiários, as operadoras que referiram desenvolver programas concentram 80% dos beneficiários de planos privados de saúde. As áreas de atenção mais abordadas pelos programas foram: saúde do adulto e do idoso (73,8%), saúde da mulher (49,6%) e saúde da criança (30,9%) seguidas da saúde bucal (24,6%), saúde do adolescente (20,9%) e saúde mental (13,1%).

5. Realização de cooperação técnica com instituições parceiras

A ANS vem estabelecendo termos de cooperação técnica com instituições e centros de pesquisa a fim de (1) fomentar a produção científica da saúde suplementar, (2) criar espaços interinstitucionais para o acompanhamento da regulação e da atenção no setor, (3) monitorar a atuação das operadoras no que tange ao desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

6. Avaliação e monitoramento dos programas

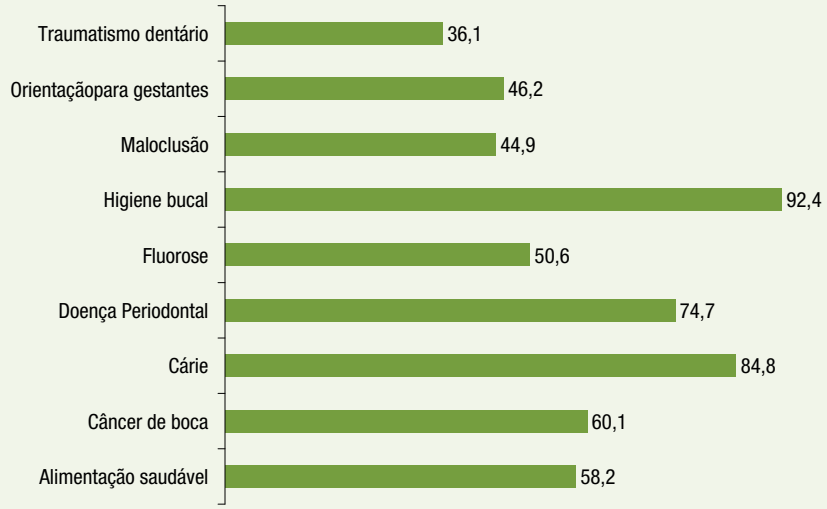
Em 2008, foi publicada a Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO n° 01/08 que dispõe sobre o cadastramento, o monitoramento e os investimentos financeiros alocados nos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças desenvolvidos pelas operadoras (ANS, 2008a). Como estratégia de indução, a ANS entende que os recursos aplicados nos programas são investimentos que podem gerar benefícios futuros às operadoras e aos seus beneficiários. As operadoras cujos programas forem aprovados no processo avaliativo poderão reconhecer contabilmente os valores aplicados como ativos, desde que observados os critérios dispostos no normativo. Os programas serão monitorados periodicamente pela ANS para fins de emissão de certificados de conformidade.

Programas de promoção da saúde bucal: uma análise descritiva do Requerimento de Informações

A análise exploratória do Requerimento de Informações mostrou que 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 (ANS, 2008b).

Entre os temas programáticos abordados pelas operadoras, destacaram-se: higiene bucal, cárie, doença periodontal e câncer de boca (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Percentual de operadoras segundo tema abordado nos programas de promoção em saúde bucal, Brasil - 2008



Fonte: ANS. Requerimento de Informações, 2008.

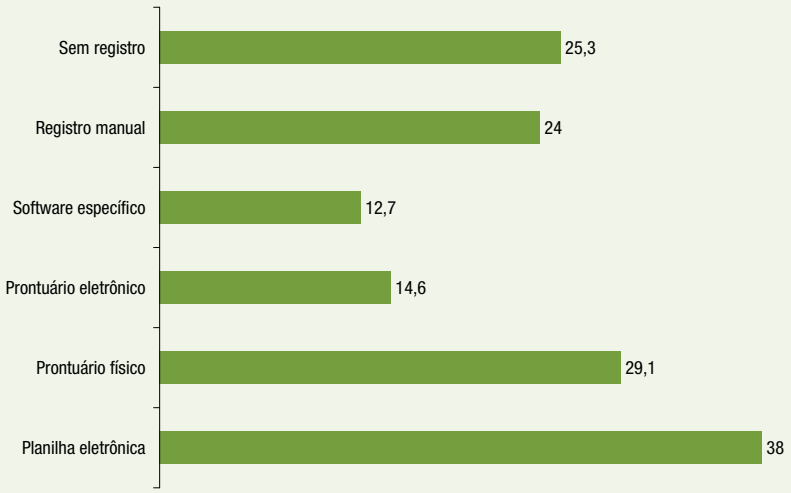
Quanto ao planejamento e gestão dos programas, observou-se que a maior parte das operadoras não desenvolve estratégias para a identificação e captação da população-alvo. O atendimento nos programas está baseado na demanda espontânea, o que reflete o modelo hegemônico curativo-restaurador, que não preconiza ações de identificação de riscos e intervenção precoce (Gráfico 9).

Gráfico 9 - Percentual de operadoras segundo estratégia de identificação e captação da população-alvo, Brasil - 2008

Fonte: ANS. Requerimento de Informações, 2008.

Em relação ao acompanhamento dos usuários dos programas de saúde bucal, observou-se que 24,0% das operadoras referiram efetuar o registro das informações de forma manual, e 25,3% referiram não realizar nenhuma forma de registro e acompanhamento dos inscritos. Os dados são relevantes e indicam que há pouca preocupação por parte dos gestores em avaliar os resultados e monitorar as ações implementadas nos programas (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Percentual de operadoras segundo forma de registro e acompanhamento dos inscritos, Brasil - 2008



Fonte: ANS. Requerimento de Informações, 2008.

Dentre as atividades programáticas ofertadas em nível individual, predominaram o exame clínico (72,2%), a avaliação/orientação quanto a fatores de risco (70,9%), a orientação dietética e de higiene (62,0%), a aplicação tópica de flúor (57,6%) e o encaminhamento para especialistas (51,9%). No rol de atividades coletivas, o destaque foi para a realização de palestras educativas (83,5%). Quanto à implementação de equipe multidisciplinar, 44,3% das operadoras referiram não incluir outro profissional na equipe dos programas, à exceção do cirurgião-dentista.

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 avaliação do impacto das ações.

Considerações finais

Apesar das fragilidades apontadas, a pesquisa mostrou uma tendência crescente na implementação dos programas no setor suplementar no período de 2000 a 2008, e evidenciou que o discurso da promoção da saúde e prevenção de doenças foi incorporado pelas operadoras setoriais. Este cenário, aliado às fragilidades identificadas, impõe ao órgão regulador a necessidade de elaborar estratégias para qualificar as ações e a estrutura operacional dos programas a fim de contribuir para a gestão do cuidado e o aumento da qualidade de vida dos beneficiários de planos privados de saúde. A publicação da Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO n° 01, em dezembro de 2008, traduz o empenho da Agência na busca de uma metodologia avaliativa que atendesse a esse desafio (ANS, 2008a).

De acordo com essa norma, os programas de promoção da saúde cadastrados pelas operadoras serão avaliados e monitorados pela ANS com base nos seguintes parâmetros: (1) a operadora deverá estar regular no envio dos sistemas de informação da Agência; (2) a operadora deverá descrever a população-alvo e a área de atenção para a qual se destina o programa; (3) a operadora deverá apresentar parâmetros demográficos e/ou epidemiológicos que justifiquem a realização do programa de acordo com o tema e a área de atenção; (4) a meta de cobertura do programa ao final do período de avaliação deverá ser no mínimo 20% da população-alvo; (5) a operadora deverá descrever as estratégias de identificação e ingresso da população-alvo no programa; (6) o programa deverá ser composto por equipe multiprofissional; (7) a operadora deverá descrever as atividades programáticas, informando a periodicidade e a atuação dos profissionais envolvidos; (8) as atividades programáticas descritas deverão ser compatíveis com a área de atenção, metas e resultados esperados; (9) os indicadores informados deverão ser compatíveis com a descrição da estrutura, recursos, atividades e resultados esperados; (10) o sistema de informação utilizado para o programa deverá realizar o controle da entrada e saída dos inscritos.

Para que a avaliação esteja no centro das estratégias de transformação do sistema de saúde, é preciso criar condições para um julgamento verdadeiramente crítico, com a implementação de estratégias que favoreçam a formação e o aprendizado, o debate, a reflexão e abertura de novas frentes de intervenção (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

O estímulo à adoção de programas de promoção da saúde pelas operadoras é um processo recente que necessita ser amadurecido para que possibilite efetivamente a reorientação do modelo assistencial hegemônico; porém, já é possível verificar mudanças na dinâmica do mercado que apontam para uma ampliação do olhar sobre o processo saúde/doença e para a incorporação da temática da promoção da saúde

nas práticas assistenciais, até mesmo como mecanismo concorrencial e estratégia de marketing.

O acompanhamento dessas experiências vem ocorrendo por meio de processos avaliativos que utilizam metodologias baseadas em indicadores de estrutura, processo e resultado. 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 que permitam a operacionalização desse complexo conceito para além de mensurações quantitativas. O atual desafio para a avaliação dos programas de promoção da saúde no setor suplementar é desenvolver uma metodologia que possibilite uma abordagem qualitativa dos programas, por meio da análise das relações sociais construídas no cotidiano dos serviços e da incorporação do julgamento de diferentes atores, a fim de possibilitar uma avaliação mais fidedigna possível que subsidie a tomada de decisão.

Os resultados alcançados até aqui são promissores e apontam um longo caminho a seguir na construção de um setor sustentável, eficiente e efetivo, local privilegiado para a produção de ações de saúde que impactem a qualidade de vida de seus beneficiários.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 94, de 23 de março de 2005. Dispõe sobre os critérios para o diferimento da cobertura com ativos garantidores da provisão de risco condicionada à adoção, pelas operadoras de planos de assistência à saúde, de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças de seus beneficiários. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 mar. 2005b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2. ed. Rio de Janeiro: ANS, 2007a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. 1. ed. Rio de Janeiro: ANS; Brasília, DF: OPAS, 2007b.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa Conjunta DIOPE/DIPRO n° 01, de 30 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o cadastramento, monitoramento e os investimentos em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças por parte das operadoras de planos privados de saúde. Diário Oficial da União, 31 dez. 2008a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008b.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.3, 2006.

JORGE, A. O. Refletindo sobre a caminhada. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Marco teórico-conceitual. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. Integralidade e saúde suplementar: formação e práticas avaliativas. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2007.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.5, 2008.

SILVA JUNIOR, A. G. Promoção à saúde e mudanças nas práticas da saúde suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Panorama das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e o SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.5, 2008.

VII. A implantação do padrão de Troca de Informações na Saúde Suplementar

Introdução

A era digital está transformando o mundo. No setor de saúde não poderia ser diferente, e, nos últimos anos, observa-se um crescimento exponencial na aplicação de tecnologias de informação (TI) no cuidado ao paciente.

A Saúde Eletrônica (*Electronic Health*) oferece uma série de oportunidades para alterar radicalmente a prestação de cuidados de saúde em benefício de todos os interessados. Seu potencial para melhorar a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde tem sido reconhecido pelos governos a nível mundial (VALDES et al., 2004). De fato, muitos países vêm estimulando a incorporação e o uso de tecnologias de informação e comunicação no campo da saúde.

Estratégias nacionais destinadas ao desenvolvimento da informação sobre saúde e infraestruturas estão surgindo em toda a América do Norte, Austrália, Europa e demais regiões. A Inglaterra, por exemplo, criou em 2005 uma agência específica para padronização do seu sistema público *National Health Service* (NHS) chamada *Connecting for Health*[1] que estabelece padrões como identificação única para cidadãos e prestadores de serviço e intercâmbio eletrônico de informação.

A Austrália criou em 2004 a *National E-Health Transition Authority* (NEHTA)[2] que também estabelece regras nacionais para a informatização da saúde. O Canadá criou em 2001 a *Infoway*[3] que estabelece metas e fomenta o uso de padrões na saúde do país. Já os Estados Unidos

trabalham de forma mais descentralizada, porém adotam políticas nacionais para uso e padrões de informação em saúde como o *Office of the National Coordinator for Health Information Technology* (ONCHIT)[4], *Coalition for Affordable Quality Healthcare* (CAHQ)[5], *Health Level 7* (HL7)[6], entre outros.

Todos os países citados têm em comum a meta de implementação de uma política nacional de Saúde Eletrônica, cujo objetivo central é a criação do Registro Eletrônico em Saúde (*Electronic Health Record*) para todos os cidadãos. Ainda, busca-se melhorar a segurança, qualidade e eficácia da atenção ao paciente, permitindo, além do registro de saúde eletrônico, o apoio à prática clínica e melhoria de gestão. Além disso, essas estratégias enfatizam a importância das normas e políticas para garantir a interoperabilidade e segurança dos dados, e ainda incorporar facilidades relacionadas à tele-saúde.

O Brasil segue essa tendência mundial, e o governo vem implementando políticas a fim de estimular a adoção da tecnologia de informação no campo da saúde. Uma estratégia importante nesse sentido foi a instituição, em 2003, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Informação e Informática em Saúde do SUS (PNIIS). Essa política tem como diretrizes principais:

> Promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuindo para a melhoria da situação de saúde da população (BRASIL, 2004).

Ou seja, a criação da PNIIS trouxe a informação em saúde para o campo estratégico na gestão do SUS. No contexto desse novo paradigma, todos os envolvidos na atenção à saúde da população passam a desempenhar um papel de maior engajamento no planejamento, definição e implantação dos sistemas de informação. A PNIIS enfrenta o desafio da integração e articulação das informações em saúde, que

1 Disponível em:< http://www.connectingforhealth.nhs.uk/>
2 Disponível em:< http://www.nehta.gov.au/>
3 Disponível em:< http://www.infoway-inforoute.ca/>
4 Disponível em:< http://www.os.dhhs.gov/healthit/documents/ Cronin.htm>
5 Disponível em: <http://www.cahq.org>
6 Disponível em:< http://www.hl7.org/>

facilmente subsidiem o conhecimento de ações e serviços de saúde e de seu impacto na situação de saúde da população. Para isso, o registro eletrônico do evento em saúde é uma estratégia fundamental que objetiva a melhoria da qualidade e eficiência dos processos de trabalho, automaticamente alimentando a cadeia de informações e eliminando todos os demais instrumentos paralelos de coleta de informação.

No Brasil, no entanto, a maioria dos computadores ainda é usada para tarefas administrativas, sem ganhos em termos de qualidade da assistência para a população. Considerando a ausência de sistemas de informação que suportem a atividade em saúde em um contexto de grande mobilidade dos indivíduos, observam-se variações significativas em diagnósticos, tratamentos e resultados. Os esforços para ordenar as informações pessoais e históricas a fim de criar uma avaliação de riscos para a prevenção de doenças ainda são bastante incipientes.

Tal cenário estimulou a ANS a elaborar uma norma nacional relacionada à troca de informação em saúde, intitulada TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar), pois especificamente em relação ao relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço, eram características a ausência de normas e a complexidade envolvida no intercâmbio de informações, além do investimento pouco expressivo em gestão e Tecnologia da Informação (TI). Considerou-se ainda a complexidade no processo de autorização dos eventos e de faturamento, além da grande variedade de preenchimento de formulários utilizados por cada operadora, o que exigia intensa dedicação burocrática dos prestadores de serviços. Além disso, a lentidão dos processos administrativos afetava a qualidade do atendimento dos beneficiários. E ainda, possibilidades de erros e dificuldades de comparação de dados eram consequências notoriamente associadas ao excesso de papéis e à ausência de sistemas de informação unificados e ágeis.

Nessa linha, o padrão TISS representa um marco importante para o fortalecimento de políticas de informação e informática em saúde no Brasil. A ANS iniciou desenvolvimento do padrão como uma pesquisa, patrocinada pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). No início, seria elaborado um *software* baseado em algum projeto em andamento no mercado de saúde suplementar relacionado à padronização. Ainda, foram analisadas algumas normas internacionais e nacionais. Com base na estrutura da *American Health Insurance Portability and Accountability* (HIPAA)[7], o *software* tornou-se uma referência.

7 Disponível em:< http://aspe.hhs.gov/admnsimp>

Alguns sistemas públicos de informação em saúde foram também analisados para verificar os identificadores unívocos já em uso no Brasil, tais como: Cartão Nacional de Saúde[8] e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde[9]. Também foram analisados os sistemas de informação desenvolvidos pela ANS com vistas a coletar informações referentes a operadoras de planos privados de assistência à saúde e planos de saúde.

Após a divulgação dos resultados da pesquisa através de diversos seminários em todo o país, concluiu-se que o padrão deveria ser obrigatório. A estratégia da ANS em decidir pela adoção de padrões obrigatórios, e não voluntários, é baseada na premissa de que a conformidade voluntária pode produzir padrões híbridos.

Em fevereiro de 2005, dentro da prática de transparência adotada pela ANS, a Agência elaborou uma minuta de Resolução Normativa e adotou a Consulta Pública n° 21, com o objetivo de discutir amplamente e aprimorar o padrão TISS. A minuta versava sobre o estabelecimento obrigatório de padrão essencial para as informações trocadas entre operadoras e prestadores de serviços, tanto em relação ao conteúdo quanto à comunicação eletrônica. A participação do setor foi expressiva - hospitais, laboratórios e profissionais liberais, conselhos profissionais, operadoras, entidades representativas de operadoras e de prestadores enviaram contribuições, sugestões e críticas. Foram incorporadas ao texto da Resolução Normativa as sugestões compatíveis, chegando-se à simplificação dos modelos de guias e padrões sem perda da qualidade das informações a serem trocadas. A Resolução Normativa n° 114 foi, então, publicada em outubro de 2005 para estabelecer a implantação do Padrão TISS no país (ANS, 2005). Posteriormente, foram publicadas ainda as Resoluções Normativas n°153 e 190 (ANS, 2007; ANS, 2009).

Desde sua elaboração, o padrão TISS é dividido em quatro tipos (ANS, 2002):

1. Conteúdo e Estrutura:

Estabelece as guias e demonstrativos utilizados pelo setor de saúde suplementar, padronizando campos, formatos e regras de preenchimento.

8 Disponível em:< http://dtr2001.saude.gov.br/cartao/>
9 Disponível em:< http://cnes.datasus.gov.br>

2. Representação de Conceitos em Saúde:

Conjunto padronizado de terminologias, códigos e descrições utilizados.

3. Padrão de Comunicação:

O Padrão de Comunicação do Padrão TISS define os métodos para se estabelecer comunicação entre os sistemas de informação das operadoras de plano privado e os sistemas de informação dos prestadores através de mensagens eletrônicas. Uma mensagem ou transação eletrônica é um conjunto estruturado de informações trocado entre atores de diversos setores com a finalidade de solicitar uma operação ou informar um resultado. Buscando a adoção de um padrão flexível e reconhecido internacionalmente, a ANS, com a contribuição das operadoras e dos prestadores de serviços, optou por adotar o Extensible Markup Language (XML) como padrão para troca de mensagens eletrônicas.

O desenvolvimento das estruturas das mensagens eletrônicas do Padrão TISS veio através do consenso junto às principais entidades do mercado. Em um processo participativo, todas as estruturas foram debatidas a fim de atender a todas as necessidades do mercado.

4. Padrão de Segurança:

O Padrão de Segurança do Padrão TISS define os métodos para se estabelecer a segurança nas comunicações e trocas de mensagens do Padrão TISS. O padrão de segurança segue as boas práticas da norma NBR ISO/IEC 17799.

Entre os procedimentos de segurança recomendados pela ANS para a implantação do TISS e que, portanto, devem ser obrigatoriamente seguidos por quaisquer operadoras e prestadores, estão as normas técnicas estabelecidas nas resoluções da ANS: RN nº 21, de 12 de dezembro de 2002 (ANS, 2002) e na RDC nº 64, de 10 de abril de 2001 (ANS, 2001). Tais medidas proporcionam as garantias administrativas, técnicas e físicas de proteção ao acesso à informação trocada.

Obriga-se, ainda, para o alcance dos objetivos de segurança e privacidade, a observação, ao menos, dos requisitos do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1), descritos no "Manual de Requisitos de Segurança, Conteúdo e Funcionalidades para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde" (RES), em conformidade com a norma NBR ISO/IEC 17799 - Código de Prática para a Gestão da Segurança da Informação. Para as entidades que utilizarem webservices como padrão de comunicação, é recomendada a utilização do Nível de Garantia de Segurança 1 (NGS-1) e o Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS-2).

Ressalta-se que o objetivo principal de padronizar os sistemas de informação de saúde é o de tornar possível a interoperabilidade e integração. É essencial reconhecer a complexidade dos processos que envolvem a interoperabilidade das informações de saúde, quando diversas categorias de atores estão direta ou indiretamente envolvidas no processo. É recomendado, por exemplo, que antes de se considerar a obrigatoriedade da utilização de uma tecnologia específica ou de normas através de qualquer organismo oficial, o seu consentimento tem de ser conseguido através de um processo de colaboração (AGUILAR, 2005).

O padrão TISS considerou a importância do processo participativo e colaborativo para o desenvolvimento de normas direcionadas ao mercado da saúde suplementar. Todo o processo de elaboração e execução desse projeto foi realizado de forma participativa por meio do Comitê de Padronização de Informações na Saúde Suplementar (Copiss). O Copiss é composto por representantes das operadoras de planos de saúde, dos prestadores de serviços e da ANS, e tem, como uma de suas atribuições, propor modificações e melhorias no padrão TISS, através de processo participativo e democrático de construção e busca de consenso entre os diversos atores envolvidos na saúde suplementar.

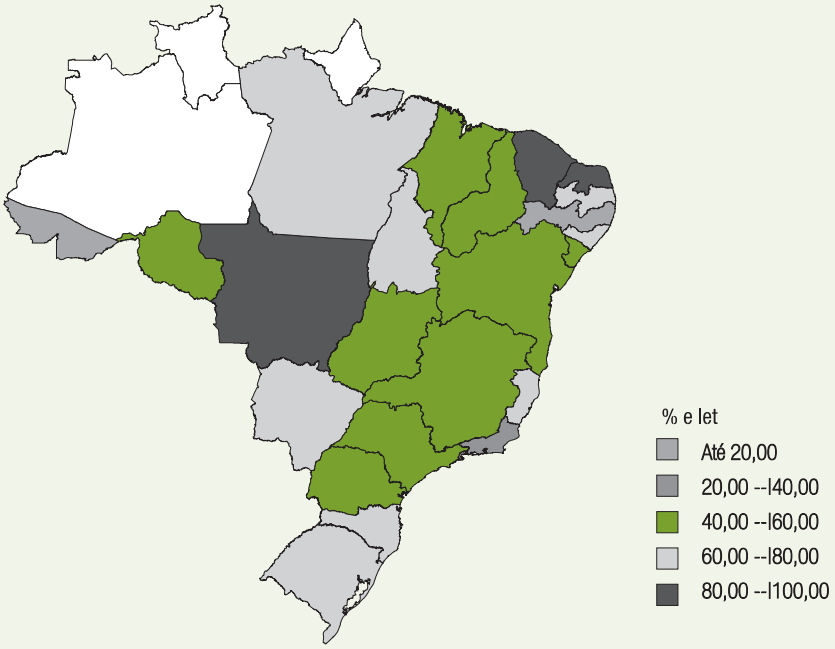
Para avaliação e acompanhamento da implantação do padrão TISS, a ANS vem realizando uma coleta de informação periódica em formato de questionário eletrônico, denominado RADAR TISS. Seu objetivo é avaliar a infraestrutura de intercâmbio de informação das operadoras e sua rede prestadora de serviços de saúde, medindo: o volume de guias trocadas em papel e de forma eletrônica, os instrumentos para elegibilidade do beneficiário, uso de certificação digital e mecanismos de autorização de procedimentos, entre outros. As informações apresentadas referem-se à 2ª fase da pesquisa, que compreendeu o período de 20 de julho a 27 de agosto de 2008. Os dados coletados tiveram como referência as trocas de informação ocorridas entre operadoras que comercializam planos médico-hospitalares e prestadores de serviços de saúde no mês de abril de 2008.

Sobre a implementação do Padrão TISS no país, com os dados da pesquisa RADAR TISS, foi possível observar tendências importantes. A análise dos dados foi baseada na resposta de 871 operadoras de planos de saúde que representam cerca de 37 milhões de beneficiários, o que corresponde a 68,5% do total de cobertura do setor.

As operadoras participantes da pesquisa trocaram aproximadamente 47 milhões de guias com seus prestadores, no período de abril de 2008. Desse montante, verificou-se que cerca da metade das trocas ocorreram de forma eletrônica (46,4%).

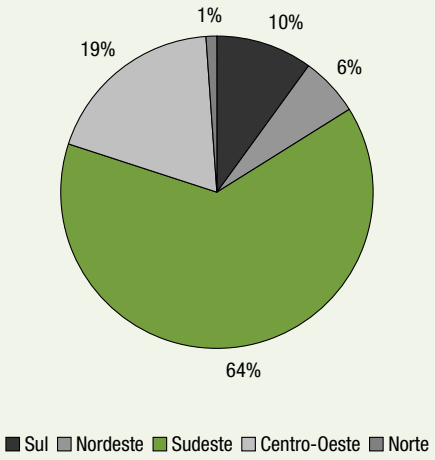
Cabe ressaltar que a distribuição de trocas de informação por meio eletrônico foi extremamente desigual pelo Brasil, com variações entre 90% (RN) até 0% (AM), conforme a Figura 1. Ainda, estados com números mais significativos de beneficiários (mais de um milhão de cobertos pela pesquisa) apresentaram resultados entre 66,2% e 21,5%. Merece destaque o Estado de São Paulo, que, com maior número de beneficiários representados pela pesquisa (aproximadamente 14 milhões), realizou cerca de 60% das trocas de informação de forma eletrônica. Tais diferenças regionais, relacionadas com a implantação de tecnologia de informação de saúde, já foram descritas pelo relatório da Organização Mundial de Saúde no ano de 2006 sobre o Brasil. No referido trabalho, são apresentadas algumas dificuldades para o desenvolvimento da infraestrutura de informação em saúde, dentre elas o tamanho do país e as diversidades regionais.

Figura 1 - Percentual de Troca Eletrônica por Unidade Federativa, Brasil – 2008



Importante ressaltar que o volume total de trocas efetuadas em cada região no período analisado também apresenta importante variação (Gráfico 11). A Região Sudeste, por exemplo, possui um montante de trocas de aproximadamente 30 milhões no período (64% do total de trocas), ao passo que a Região Norte realizou apenas 500.000 trocas (1% do total).

Gráfico 11 - Volume de Guias Trocadas, por Região do Brasil – 2008



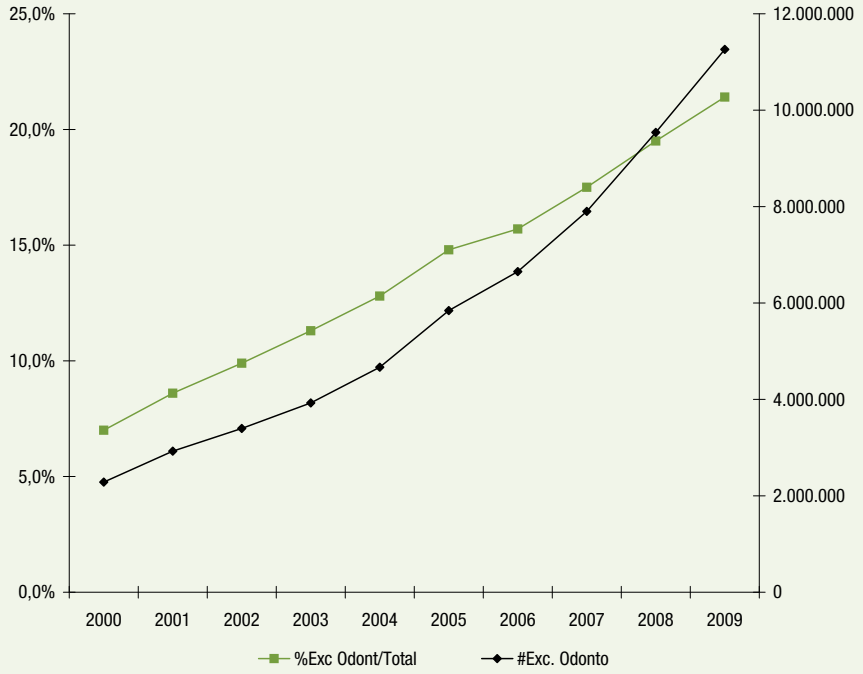
Fonte: DIDES/ANS, 2008.

O TISS e a Odontologia

O mercado de planos de saúde exclusivamente odontológicos vem mantendo elevadas taxas de crescimento anual desde o início da regulação pela ANS, embora essas taxas apresentem acentuadas oscilações.

Os planos exclusivamente odontológicos atingiram em 2009 mais 11 milhões de beneficiários e a proporção dessa segmentação tem crescido gradativamente em relação aos planos médico-hospitalares, cujas taxas de crescimento são menores, como visto acima. O Gráfico 12 mostra o total de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos e a proporção desses em relação ao total de beneficiários do mercado de saúde suplementar.

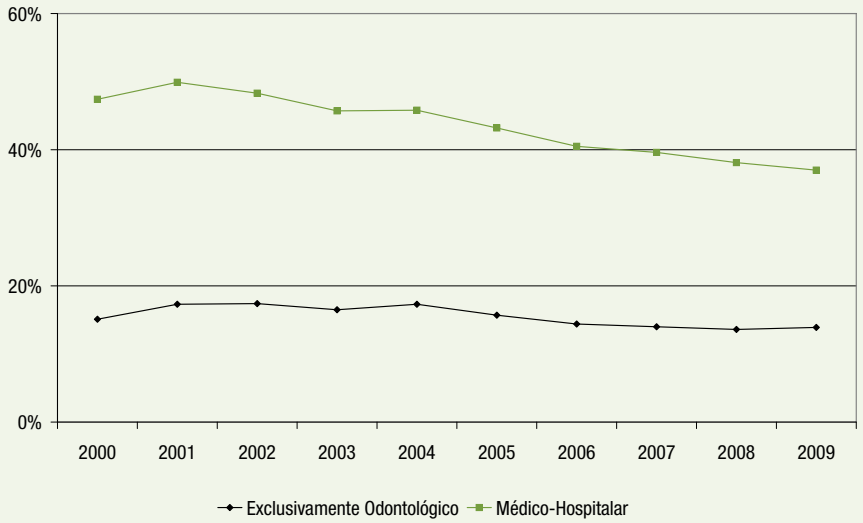
Gráfico 12 - Número de Beneficiários em Planos Exclusivamente Odontológicos e Proporção sobre o Total de Beneficiários da Saúde Suplementar, Brasil - 2000 - 2009



Fonte: ANS -TABNET

Além desse crescimento mais acentuado do mercado odontológico em relação à comercialização de planos médico-hospitalares, os planos exclusivamente odontológicos apresentam outra singularidade de destaque. Sua proporção de contratos individuais/familiares em relação aos contratos coletivos tem se mantido constante em torno de 15%. Já na segmentação médico-hospitalar, os contratos individuais/familiares têm apresentado uma queda gradativa ao longo do período, chegando a atuais 23% do total (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Proporção dos Contratos Individuais/Familiares nas Segmentações Médico-Hospitalar e Odontológica, Brasil - 2000 – 2009



Fonte: ANS - TABNET

As peculiaridades do mercado de planos odontológicos também estão presentes na implantação do Padrão TISS. Por isso, em 2006, foi instituída uma Subcomissão de Conteúdo e Estrutura do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar – Copiss para a discussão da implantação do Padrão TISS na odontologia. Os resultados advindos do trabalho do grupo foram essenciais para a consolidação do padrão no país. O grupo possibilitou a elaboração de um componente importante do Padrão TISS que se refere ao conteúdo e estrutura das guias e demonstrativos, seus campos, formatos e regras de preenchimento padronizados, publicados na Instrução Normativa DIDES nº 22 (ANS, 2006). Ainda foi desenvolvido um manual de preenchimento para auxiliar a utilização das guias. A subcomissão é um instrumento importante para a avaliação da implantação do Padrão TISS no mercado de planos odontológicos, a partir de relatos dos componentes do grupo (operadoras e prestadores de serviços).

Sobre o componente conteúdo e estrutura, entende-se que as guias do padrão TISS são modelos formais e obrigatórios de representação e descrição documental sobre os eventos assistenciais realizados no beneficiário e trocados entre prestador e operadora. No caso específico da Odontologia, são duas guias exclusivas: Guia Tratamento Odontológico (GTO) e Guia Tratamento Odontológico - Demonstrativo de Pagamento. A GTO tem como finalidade ser utilizada para elaborar o plano de tratamento, autorizar procedimentos (conforme definido

entre a operadora e o prestador de serviço) e faturar os procedimentos odontológicos realizados por cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas. Pode ser utilizada para transações de solicitação e/ou cobrança de procedimentos. A GTO apresenta ainda o Anexo Guia Tratamento Odontológico – Situação Inicial, de preenchimento opcional, que tem como finalidade descrever a situação inicial dos pacientes pelos cirurgiões-dentistas, tanto em consultórios quanto em clínicas odontológicas. Além das guias exclusivas da odontologia, a Guia de Serviços Profissionais/Serviço Auxiliar Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) é utilizada para solicitação de exames complementares pelos cirurgiões-dentistas.

Para auxílio no preenchimento das guias e demonstrativo, foi elaborado um Manual de Preenchimento. O manual foi resultado de um trabalho coordenado pela ANS, através da Subcomissão de Conteúdo e Estrutura do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (Copiss), e sua finalidade é instruir operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde a preencherem as guias do padrão TISS referentes à Odontologia.

Outra estratégia bastante importante proveniente da adoção do Padrão TISS é a discussão de terminologias em saúde, tendo em vista que a utilização de padrões para a representação de conceitos em saúde é vital para o desenvolvimento de qualquer tipo de tecnologia de informação em saúde atualmente. Esses padrões são utilizados para codificação de informações, para o registro e intercâmbio de dados em registros eletrônicos de saúde, em sistemas de suporte à decisão clínica e em inúmeras outras atividades. No processo de implementação do Padrão TISS, observou-se a necessidade de adoção de uma terminologia clínica comum a todos os atores do mercado (hospitais, médicos, laboratórios, dentistas etc) para viabilizar o relacionamento entre os sistemas de informação existentes. A terminologia pode ser definida como um conjunto estruturado de termos que representam uma determinada área do conhecimento, ou seja, é um conjunto de termos padronizados utilizados para representação de conceitos na área de saúde. O seu uso possibilita que os achados clínicos, eventos e intervenções de saúde sejam registrados de forma detalhada o suficiente para o desenvolvimento de metodologias de avaliação de qualidade e gerenciamento de cuidados, para o desenvolvimento de sistemas de suporte à decisão clínica e ainda para a pesquisa. Facilitam ainda o registro eletrônico das informações clínicas e possibilitam que diferentes instituições e diferentes prestadores possam enviar e receber

informações relacionadas aos eventos de saúde de uma forma clara e inteligível, o que acelera a prestação de serviços e reduz a execução duplicada de exames e prescrições.

No Brasil, como em outros países, utiliza-se um conjunto de terminologias para o registro dos eventos de saúde. Esse conjunto de terminologias está mais bem definido no Sistema Único de Saúde (Tabela SUS, Classificação Internacional de Doenças), em que a utilização de padrões é uma tradição. No mercado de planos de saúde, no entanto, como resultado de sua grande fragmentação, sempre coexistiram múltiplas terminologias, criadas por operadoras e prestadores para soluções de problemas locais, inexistindo preocupações quanto ao compartilhamento de informações, ao gerenciamento de versões, a criação de históricos quando da realização de mudanças na codificação de procedimentos ou quanto ao mapeamento dos termos dessas tabelas para outras terminologias em uso no próprio setor de saúde suplementar e no país.

Uma Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) está sendo elaborada para a unificação das diversas terminologias existentes no mercado de saúde suplementar. A elaboração da TUSS representa um avanço significativo no setor de saúde brasileiro, o que contribuirá para o desenvolvimento de metodologias de avaliação de qualidade e de gerenciamento de cuidados, e ainda sua utilização em pesquisas clínicas. Para o processo, será necessária a adoção de um servidor de terminologias, projeto já em andamento, conduzido pela ANS. Esse servidor de terminologias será um conjunto de ferramentas que viabilizará o uso das terminologias por diferentes aplicações clínicas. No caso da Odontologia, será utilizada como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Odontológicos (CBHPO), trabalho desenvolvido em parceria com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Federação Interestadual de Odontologistas (FIO), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO) e Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD).

Considerações finais

O Brasil está apenas começando a longa jornada de construção e adoção de padrões na saúde. O padrão TISS provou ser um programa relevante para o setor da saúde, mesmo com todas as dificuldades da sua implementação. Além de promover um grande número de

10 Disponível em:<http://www.iso.org>

debates nacionais, tem sido extremamente bem sucedido em termos de promover o crescimento da indústria da tecnologia em saúde. O principal objetivo do programa TISS é estimular a adoção de normas nacionais de informação, a terminologia única e identificadores unívocos, a fim de permitir a interoperabilidade entre diferentes sistemas de informação em todo sistema de saúde pública e do setor privado no país. Espera-se que o padrão TISS venha a permitir a melhoria do faturamento e a redução do tempo de autorização. Assim, dado que os benefícios do TISS começaram a ser percebidos nas relações, os atores do setor estão buscando formas de potencializar a aplicação do padrão e ampliação do seu escopo para mais formas de relacionamento, além do faturamento, elegibilidade, autorização de procedimentos e envio de demonstrativos de pagamentos. Eles demandam que o TISS seja o padrão para as trocas de informações clínicas entre os prestadores e que outras formas de relacionamento sejam padronizadas. Assim, a principal evolução do TISS baseia-se no estabelecimento de um debate nacional amplo sobre Registro Eletrônico de Saúde (RES). De fato, a primeira barreira para a obtenção de valor através do investimento em tecnologia da informação e computação na saúde está na fragmentação do cuidado através de diversos atores. A maioria das informações em saúde está armazenada em prontuários de papel, espalhados pelos diversos estabelecimentos de saúde. Isso dificulta o compartilhamento e a reutilização das informações por outros profissionais de saúde. Mesmo para o próprio paciente, organizar suas informações torna-se uma tarefa quase impossível, sem a ajuda de sistemas destinados a essa finalidade.

Conhecendo as dificuldades da saúde suplementar, a ANS adotou a estratégia de começar a padronização da troca de informação pelas operações de autorização, elegibilidade, faturamento e demonstrativo de pagamentos. Essa estratégia mostrou-se muito eficiente e possibilitou a informatização dos diversos prestadores e profissionais de saúde do país. Agora que a maior parte dessa estrutura está pronta, chegou o momento de ampliar a troca de informação aos dados assistenciais. A captura dos dados assistenciais relacionados aos episódios de cuidado possibilitará a mudança do paradigma da fragmentação da assistência para um modelo em que a coordenação e a comunicação trarão enormes benefícios à população. Além disso, uma estratégia coordenada de captura dessas informações geradas de forma fragmentada possibilitará a construção de um sistema de integração para que todos tenham uma visão mais ampla do processo de atenção à saúde, tendo também a possibilidade de acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2009).

Existem ainda questões relevantes em discussão, modelos de referência e normas de prescrição eletrônica e de resultados laboratoriais. Além disso, mais estudos precisam ser feitos comparando o padrão TISS e alguns padrões internacionais, como ISO/TC215[10].

Ainda, os países que vêm promovendo o uso de tecnologias de informação em saúde têm percebido que é necessária a união de esforços para o desenvolvimento de padrões que possam ser adotados por todos. Nesse sentido, a *International Standards Organisation* (ISO), o *Health Level Seven* (HL7), o *International Health Terminologies Standards Development Organization* (IHTSDO), entre outros, reúnem membros de diversos países para o desenvolvimento de padrões que possam ser utilizados em qualquer lugar do planeta, independentemente das diferenças regionais. Nos últimos tempos, a ANS já vem participando desses fóruns como representante do Brasil, chefiando as delegações da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) através do apoio e delegação do Datasus. Muitas atividades importantes já foram realizadas (BRASIL, 2009)

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução da Diretoria Colegiada nº 64, de 10 de abril de 2001. Dispõe sobre a designação de médico responsável pelo fluxo de informações relativas à assistência médica prestada aos consumidores de planos privados de assistência à saúde.Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 abr. 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 21, de 12 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a proteção das informações relativas à condição de saúde dos consumidores de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 dez. 2002. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 114, de 26 de outubro 2005. Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 out. 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa DIDES nº 22, de 16 de novembro de 2006. Dispõe sobre a instituição da versão 2.1 do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 nov. 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio 2007. Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências.Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 190, de 30 de abril de 2009. Dispõe sobre a criação obrigatória de portal corporativo na Internet pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sobre a designação de profissional responsável pela troca de informações em saúde suplementar (Padrão TISS) referente aos eventos prestados aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 maio 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2009.

AGUILAR, A. Semantic Interoperability in the context of Electronic Health. Digital Enterprise Research Institute, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/APRESENTACAO/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf.>.Acesso em: 10 jul. 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Programa de Interoperabilidade na Troca de Informação em Saúde Suplementar: i-TISS. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

VALDES, I.; KIBBE, D.C.; TOLLESON, G. et al. Barriers to proliferation of electronic medical records. Informatics in Primary Care, v.12, n.3, 2004.

VIII. A importância da gestão qualificada dos dados assistenciais registrados no Sistema de Informações de Produtos

Histórico

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) regulamentou o Sistema de Informações de Produtos (SIP) como instrumento de envio trimestral das informações consolidadas dos beneficiários do setor suplementar, para acompanhamento da assistência prestada e para análise do equilíbrio econômico-financeiro e atuarial dos planos privados de assistência à saúde.

O SIP foi implementado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 85/2001 e alterado pelos normativos seguintes, sendo de responsabilidade da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Desde 2002 pela RDC nº 85/2001 e pela Resolução Normativa (RN) nº 61/2003, o sistema solicitava a coleta das informações odontológicas referentes aos expostos, eventos e despesas de consultas; exames; procedimentos preventivos; procedimentos de periodontia, dentística e endodontia; cirurgia ambulatorial e demais procedimentos não pertencentes ao rol odontológico (ANS, 2001; ANS, 2003).

Em 2005, com a publicação da RN nº 86/2004 e da RN n.º 96/2005, as informações passaram a ser enviadas por todas as operadoras, independentemente de sua modalidade e porte, havendo a inclusão dos procedimentos de exodontia (ANS, 2004; ANS, 2005).

As mudanças significativas tiveram início com a publicação da RN n.º 152/2007, que manteve os dados odontológicos anteriormente solicitados e acrescentou

informações sobre a assistência preventiva. Foram incluídos dados sobre fluorterapia, terapia periodontal básica, selantes e tratamentos curativos como tratamento endodôntico concluído e odontalgia aguda. Informações detalhadas por faixa etária trouxeram robustez aos indicadores assistenciais (ANS, 2007a).

Por ocasião da publicação do padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS), para registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde, e da instituição da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS) dos procedimentos médicos, a ANS publicou a Instrução Normativa DIPRO nº 16/2008 (ANS, 2007b; ANS, 2007c; ANS 2007d).

O objetivo desse normativo foi prestar orientação sobre a compatibilização dos campos do SIP com as Guias do padrão TISS e sobre a compatibilização dos campos do SIP com os procedimentos descritos na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar para codificação de procedimentos médicos.

Objetivos

Os objetivos da ANS ao solicitar as informações odontológicas dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil foram:

- monitoramento da realização de consultas; exames; procedimentos preventivos; cirurgia ambulatorial; procedimentos de periodontia, dentística, endodontia e exodontia;
- monitoramento de situações de saúde em áreas de atenção da saúde bucal;
- monitoramento da suficiência da rede credenciada e da rede própria das operadoras de saúde;
- qualificação da gestão das operadoras, com incentivo ao conhecimento do perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários;
- qualificação da assistência prestada pela construção de indicadores de saúde;
- utilização de informações para construção de indicadores de custo médio e frequência de utilização dos itens de despesa assistencial.

Situação de envio

O SIP recebe informações trimestrais desde 2002, correspondente aos dados assistenciais de 53.094.622 (maio/2009) vínculos de beneficiários. Em março de 2009, o cadastro de beneficiários registrou 14.479.731 de vínculos com algum tipo de cobertura odontológica (ANS, 2009a).

Realizou-se uma avaliação sobre o envio dos dados de dezembro de 2008 pelas operadoras do setor. Entre as 1.745 operadoras cadastradas à época, identificaram-se 420 como exclusivamente odontológicas, sendo que a falta de informação no sistema ou o envio inconsistente dos dados foi observado em 320 (76,2%) dessas operadoras. Em relação ao setor, isto significa que 18,3% das operadoras enviam os dados de forma inadequada, o que corresponde a 6,0% de beneficiários de planos privados de assistência à saúde no Brasil.

No 1º trimestre de 2009, o SIP era devido por 140 cooperativas odontológicas com 2.106.285 de vínculos e por 348 odontologias de grupo com 6.544.759 de vínculos. No prazo de 31 de maio, 68,6% das cooperativas odontológicas e 52,0% das odontologias de grupo haviam enviado o arquivo, correspondente a 86,6% e a 84,78% dos beneficiários, respectivamente.

Análises

O aplicativo do SIP fornece relatório gerencial com os indicadores trimestrais e anuais e, por essa razão, pode-se analisar a tendência histórica da operadora e também permitir a comparabilidade. Esses relatórios gerenciais podem contribuir para os processos de melhoria da qualidade em saúde. A própria estruturação para elaborar os relatórios é um estímulo à capacitação das operadoras na utilização dos indicadores padronizados como ferramenta gerencial e criação de referenciais adequados visando à execução de análises comparativas.

As opções do relatório gerencial são por tipo de contratação dos planos, grupo de beneficiários ou o consolidado de toda operadora. Os tipos de contratação dos planos são individuais e/ou familiares, coletivos sem patrocinador e coletivos com patrocinador. Também há a opção por grupos de beneficiários: beneficiários expostos, expostos não-beneficiários e beneficiários não-expostos.

Os principais usos do SIP referem-se ao monitoramento e avaliação de resultados pelas análises dos dados do setor e pelos indicadores do Programa de Qualificação das Operadoras da Dimensão de Atenção à Saúde.

A análise da frequência de utilização e do custo médio dos dados do setor é realizada periodicamente e divulgada no sítio da ANS. Utilizam-se as informações assistenciais de todas as operadoras que comercializam planos odontológicos, definindo-se como objeto de análise a frequência de utilização média e o custo médio dos seguintes eventos: consultas odontológicas iniciais, exames odontológicos complementares e procedimentos preventivos. A frequência de utilização média de cada item de despesa é calculada a partir da razão entre o total de eventos e o total de expostos no trimestre (Quadro 2). O custo médio de cada item de despesa é calculado a partir da razão entre o total de despesas e o total de eventos no trimestre (Quadro 3).

Quadro 2 - Distribuição da frequência média dos eventos por exposto nos anos de 2002 a 2007

ITENS DE DESPESA	2002	2003	2004	2005	2006	2007
consultas odontológicas iniciais	1,228	1,051	0,968	0,732	0,684	0,735
exames odontológicos complementares	0,856	0,720	0,676	0,514	0,515	0,561
procedimentos odontológicos preventivos	1,264	1,156	1,043	0,979	0,932	0,941
consultas odontológicas iniciais - operadoras exclusivamente odontológicas	1,214	1,025	1,026	0,758	0,705	0,758
exames odontológicos complementares - operadoras exclusivamente odontológicas	0,871	0,820	0,704	0,490	0,465	0,581
procedimentos odontológicos preventivos - operadoras exclusivamente odontológicas	1,284	1,201	1,121	1,072	0,998	1,030

Fonte: Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS

Quadro 3 - Distribuição do custo médio das despesas por evento, durante os anos de 2002 a 2007

ITENS DE DESPESA	2002	2003	2004	2005	2006	2007
consultas odontológicas iniciais	8,70	9,13	11,16	10,81	11,19	12,18
exames odontológicos complementares	5,95	6,27	7,95	8,29	8,78	8,97
procedimentos odontológicos preventivos	10,90	11,00	13,11	12,39	13,70	13,71
consultas odontológicas iniciais - operadoras exclusivamente odontológicas	8,69	9,07	9,61	9,17	9,21	9,90
exames odontológicos complementares - operadoras exclusivamente odontológicas	5,90	6,18	6,79	7,20	7,60	7,66
procedimentos odontológicos preventivos - operadoras exclusivamente odontológicas	10,76	10,88	11,49	10,36	11,25	11,57

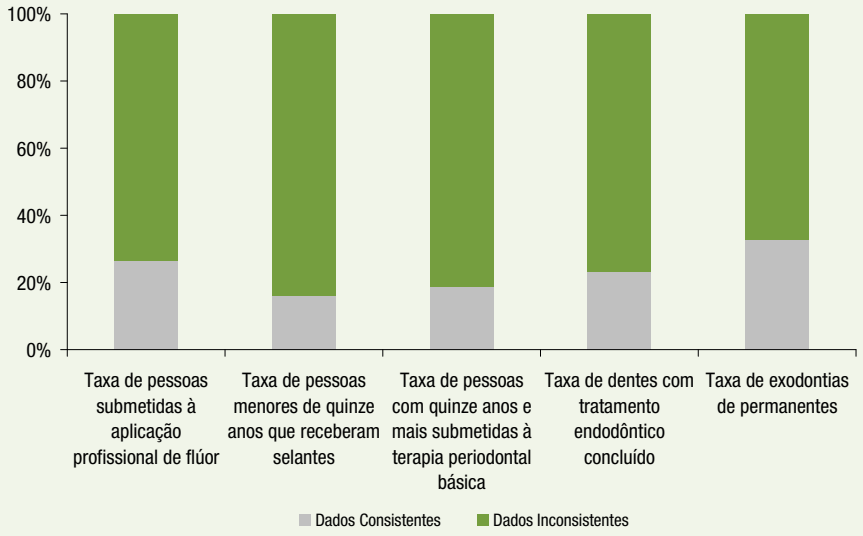
Fonte: Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS

Para os anos de 2008 e 2009, a metodologia estatística de análise dos dados será reformulada tendo em vista o grande número de informações inconsistentes enviadas ao SIP pelas operadoras com cobertura odontológica. Os dados serão periodicamente divulgados nos Cadernos de Informação em Saúde Suplementar (ANS, 2009a).

Em relação ao Programa de Qualificação das Operadoras, avaliam-se os indicadores de saúde nos aspectos relativos à prevenção em saúde e ao tratamento oportuno (ANS, 2009b). O acompanhamento dos indicadores permite o aprimoramento do programa, com incorporação e substituição dos dados, considerando sempre a disponibilidade das informações e o prazo para sua coleta e tratamento.

A divulgação do ano-base de 2008 do Programa de Qualificação das Operadoras mostrou que a maior parte das operadoras obteve pontuação zerada nos indicadores odontológicos da Dimensão de Atenção à Saúde. As análises realizadas apontam para a existência de discrepâncias nas informações assistenciais, induzidas pelo não envio periódico do sistema pelas operadoras ou pelo sub-registro e inconsistência dos dados enviados (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Distribuição das operadoras de acordo com a qualidade dos dados enviados para construção dos indicadores de saúde bucal, Brasil - ano-base 2008



Fonte: Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS

Considerações finais

Algumas diferenças e particularidades da saúde suplementar devem ser levadas em consideração, principalmente na avaliação de indicadores. Um argumento no qual se baseia essa afirmação, está na lógica do pagamento, com números de eventos e despesas, reduzindo-se à discussão aos indicadores de custo e frequência de utilização, onde a lógica é estritamente econômica, financeira e atuarial.

Denota-se que a saúde suplementar deve avançar em relação à qualidade assistencial no que se refere à saúde bucal. A regulação desse sistema deve obrigatoriamente passar pela discussão da qualidade. Isso implica na apreensão das necessidades de saúde da população, evidenciadas pelo acesso a informações que frequentemente consideram o tamanho, a distribuição e a complexidade da situação de saúde dos beneficiários. Para tanto, revela-se a importância e a pertinência da implementação de um sistema de informações em saúde que contenha os dados específicos sobre essa população e os padrões de oferta e utilização de serviços de saúde.

Entretanto, após análise preliminar dos dados assistenciais do SIP, percebe-se ainda que os mesmos apresentam inconsistências.

Embora tenha havido progresso em relação a esse diagnóstico, ainda assim é evidente a necessidade de transformar o caráter burocrático e administrativo das informações em saúde e aperfeiçoar a integração entre sistemas e o seu uso como ferramenta fundamental de planejamento e gestão.

Para tanto, a ANS está estudando uma proposta de normativo com vistas a substituir o aplicativo SIP pelo envio dos dados por XML (*Extensible Markup Language*). Além dessa mudança, está sendo estudado o envio dos dados de acordo com a Unidade Federativa e mês de ocorrência dos eventos e por tipo de plano (individual/familiar ou coletivo).

Mesmo com as dificuldades apontadas, verificam-se os avanços e contribuições que esse sistema trouxe, além do fato de deixar disponíveis informações rotineiras, ágeis, permanentes e de tendências do perfil de utilização de serviços na saúde suplementar. A possibilidade de fornecer informações para diferentes indicadores, necessários ao planejamento e avaliação de ações regulatórias em saúde pela ANS, bem como o seu uso pelas operadoras, instituições acadêmicas e gestores do SUS, contribui para a melhoria do sistema de saúde.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução da Diretoria Colegiada nº 85, de 21 de setembro de 2001. Institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2001.Disponível em:<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 61, de 19 de dezembro de 2003. Altera dispositivos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 85, de 21 de setembro de 2001, que institui o Sistema de Informações de Produtos - SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 dez. 2003. .Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 86, de 15 de dezembro de 2004. Estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2005 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 dez. 2004. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 96, de 29 de março de 2005. Altera dispositivos da Resolução Normativa - RN nº 86, de 15 de dezembro de 2004, que estabelece novas normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos - SIP a partir do período de competência do 1º trimestre de 2005, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 abr. 2005. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 152, de 18 de maio de 2007. Altera a Resolução Normativa – RN que estabelece normas para o envio de informações do Sistema de Informações de Produtos – SIP. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 maio 2007a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 153, de 28 de maio de 2007. Estabelece padrão obrigatório para a troca de informações entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos de saúde, realizados em beneficiários de plano privado de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 maio 2007b. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa DIGES nº 30, de 09 de setembro de 2007. Dispõe sobre a instituição da Terminologia Unificada da Saúde Suplementar do Padrão TISS para procedimentos médicos para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2007c. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Instrução Normativa DIPRO nº 16, de 12 de dezembro de 2007. Dispõe sobre as orientações de preenchimento do Sistema de Informações de Produtos – SIP/ANS, a partir das Guias do padrão de Trocas de Informações em Saúde Suplementar - TISS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 dez. 2007d. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>. Acesso em: 24 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos de saúde. Junho de 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009a.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação: Texto base. Rio de Janeiro: ANS, 2009b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: 24 agosto 2009a.

IX. Indicadores de saúde bucal do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar: características e perspectivas

Introdução

O mercado de planos privados de assistência à saúde passou por profundas transformações desde que o Estado assumiu a função de regular os aspectos financeiros e assistenciais do setor. Os avanços advindos desse processo possibilitam que a ANS encare os desafios da regulação buscando novas alternativas para o setor, priorizando os aspectos relativos à produção da saúde. A idéia central dessa nova perspectiva no processo de regulação do setor suplementar é a ênfase na qualificação do papel de todos os envolvidos (BRASIL, 2007). Nesse caminho, a Agência desenvolveu a Política de Qualificação da Saúde Suplementar, que tem o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar como uma importante ferramenta.

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 suplementar.

O Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, concebido e desenvolvido durante o ano de 2004, obje-

tiva a avaliação da qualidade do setor da saúde suplementar, sendo dividido em um componente no qual é avaliado o desempenho das operadoras (Qualificação das Operadoras) e outro componente no qual é avaliado o desempenho da ANS no exercício de sua função regulatória (Qualificação Institucional).

Com relação ao componente Qualificação das Operadoras, o que se pretende é a indução de um processo de aprimoramento contínuo, para que o setor de saúde suplementar opere de forma equilibrada, ágil, com informações consistentes, oferecendo serviços adequados aos seus beneficiários. Diante dessa perspectiva, optou-se pela ênfase à qualidade da Atenção à Saúde, buscando uma maior integração da Agência Nacional de Saúde Suplementar com a agenda do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a).

A avaliação da Qualidade das Operadoras foi planejada para ser implementada em três fases, com aperfeiçoamentos, substituições ou acréscimos de indicadores entre as fases e etapas. Na Primeira Fase do Programa, foram avaliados os dados referentes às competências 2003 e 2004. Já na Segunda Fase foram analisados os dados de 2005 e 2006. A Terceira Fase do processo de implementação do Programa teve início em 2008, a partir da avaliação dos dados registrados pelas operadoras no ano anterior.

As modificações introduzidas a partir da Terceira Fase foram amplamente debatidas. Os principais espaços formais para as discussões, que contaram com a participação de representantes dos diferentes segmentos do setor, foram a Câmara de Saúde Suplementar e a Câmara Técnica. A Câmara Técnica, realizada nos dias 1º e 2 de julho de 2008, foi criada especificamente para discussão do Programa. Anteriormente à referida Câmara Técnica, todos os segmentos do setor puderam enviar críticas, sugestões e questionamentos relativos aos indicadores e às metodologias adotadas a partir da Terceira Fase do Programa de Qualificação.

A análise do desempenho das operadoras é efetivada a partir do cálculo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar – IDSS, que é resultante da soma de 04 índices ponderados, que são:

- Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (IDAS): calculado a partir de um conjunto de indicadores voltados à avaliação dos aspectos relativos à promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, e seus respectivos impactos nos níveis de saúde dos beneficiários. Propõe-se a focalizar importantes áreas de atenção à saúde, dentre as quais a Saúde Bucal.

- Índice de Desempenho Econômico-Financeiro (IDEF): calculado

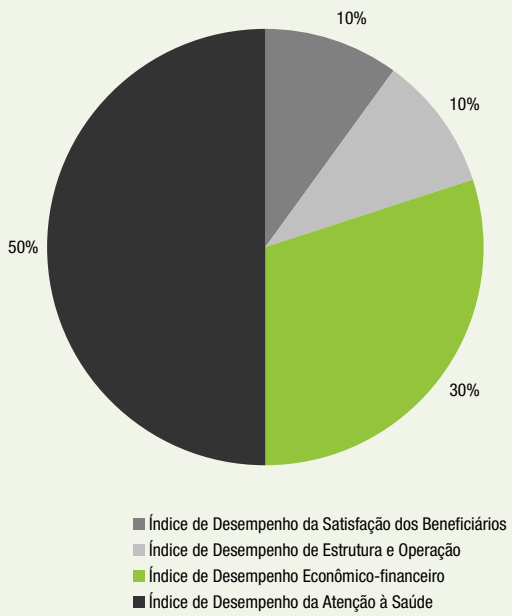
a partir de um conjunto de indicadores que avaliam a situação econômico-financeira da empresa e sua capacidade de custear o conjunto das ações e serviços de saúde necessários para uma atenção integral e contínua, conforme os contratos assumidos.

- Índice de Desempenho de Estrutura e Operação (IDEO): calculado a partir de um conjunto de indicadores que avaliam a capacidade das operadoras de manter ou aumentar o número de beneficiários vinculados a seus planos, adequados às exigências da Lei nº 9.656/98, de oferecer uma rede assistencial suficiente e estável e de cumprir suas obrigações técnicas e cadastrais junto à ANS

- Índice de Desempenho da Satisfação dos Beneficiários (IDSB): calculado a partir de um conjunto de indicadores que avaliam se os consumidores de planos privados de saúde têm suas necessidades e expectativas atendidas pelas operadoras nas ações e serviços de saúde prestados, conforme estabelecido pela legislação vigente e pelas cláusulas contratuais.

Para o cálculo do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) são atribuídos pesos para cada uma das dimensões, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2 - Peso dos Índices das diferentes Dimensões no cálculo do IDSS



Fonte: Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (BRASIL, 2009a).

As dimensões do programa são capitaneadas por diferentes diretorias da ANS. As Dimensões Atenção à Saúde e Estrutura e Operação estão sob a coordenação da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), a Dimensão Econômico-Financeira, sob a coordenação da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), e a Dimensão de Satisfação dos Beneficiários, sob a coordenação da Diretoria de Fiscalização (DIFIS). A Diretoria de Gestão (DIGES) coordena o Grupo Executivo e Técnico do Programa, enquanto a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES) efetua o processamento e analisa a qualidade das bases de dados (BRASIL, 2007).

A seleção dos indicadores de saúde bucal

A seleção dos indicadores de qualificação é feita mediante análise dos sistemas de informações disponíveis na Agência e sua expansão se dá com a ampliação desses sistemas ou por incorporação de indicadores gerados em sistemas de informações de gestão externos à ANS. O elenco de indicadores das quatro dimensões e seus respectivos parâmetros são revisados a cada processamento, à medida que se identifica a necessidade de adequações (BRASIL, 2004a).

Dentre os 16 indicadores da Dimensão Atenção à Saúde adotados no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2008, seis foram relativos à saúde bucal: "Número de consultas odontológicas iniciais por exposto", "Taxa de pessoas submetidas à aplicação profissional de flúor", "Taxa de pessoas menores de 15 anos que receberam selantes", "Taxa de pessoas com 15 anos ou mais submetidas à terapia periodontal básica", "Taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído" e "Taxa de exodontias de permanentes".

Um dos princípios norteadores do programa é a avaliação de maneira sistemática e progressiva, com explicitação dos critérios utilizados para a construção dos indicadores. As metas dos indicadores da dimensão Atenção à Saúde são definidas, principalmente, com base nas metas recomendadas por organismos internacionais, identificados na literatura internacional ou obtidas na base de dados da ANS ou do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2009a).

Especificamente quanto à saúde bucal, o país conta com a vantagem de possuir um abrangente conjunto de dados epidemiológicos obtidos a partir da realização de uma pesquisa concluída em 2003 pelo Ministério da Saúde, o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira - SB Brasil 2003. Esse estudo avaliou os principais agravos bucais em diferentes grupos etários da população

brasileira. A metodologia utilizada foi baseada nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), na quarta edição da publicação Oral health surveys: basic methods (BRASIL, 2004b). O projeto constitui um marco na epidemiologia em saúde bucal, representando a mais ampla pesquisa da área já empreendida no país, gerando resultados importantes para o incremento das ações de planejamento e avaliação na área de saúde bucal coletiva (RANGEL, 2007).

Na avaliação do "Acesso a Serviços Odontológicos", realizada no Projeto SB Brasil 2003, os indivíduos examinados informaram o local do último atendimento odontológico. Dentre as alternativas de resposta, constava: "Serviço Privado (planos e convênios)". A amostra pesquisada proporcionou dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional dos municípios envolvidos (BRASIL, 2004b). No entanto, a amostra do estudo não foi constituída com a finalidade de obter representatividade para o conjunto de beneficiários de planos privados de saúde.

Foi intensamente debatida, tanto no âmbito da própria ANS quanto com demais agentes do setor, a viabilidade de adotar dados epidemiológicos sobre o conjunto da população brasileira como um dos parâmetros para o estabelecimento de metas para os indicadores odontológicos do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar. Diferentes aspectos foram levados em consideração pela ANS, até que fosse tomada a decisão de considerar os resultados do estudo como uma das referências nesse processo.

A população de beneficiários de planos de saúde com cobertura odontológica, cujo mercado alcançou mais de 14,5 milhões de vínculos em março de 2009, está contida no conjunto da população referência do estudo, a população brasileira. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD demonstram a associação positiva entre cobertura de plano de saúde e rendimento familiar, isto é, quanto maior o rendimento maior a cobertura por plano de saúde (IBGE, 2005). As patologias bucais têm uma forte conexão com fatores sociais, acometendo com maior frequência e intensidade indivíduos dos estratos mais baixos de renda. No entanto, há características importantes com relação aos beneficiários de planos privados odontológicos que devem ser observadas.

Neste momento, cabe uma análise diferenciada entre os planos odontológicos coletivos e os planos odontológicos individuais/familiares. No mercado de planos com cobertura odontológica, há uma flagrante predominância dos planos coletivos (84,8% do total de vínculos em março de 2009). Nos últimos anos, parte da expansão dos planos odontológicos se deve à difusão da adoção do plano odontológico como um benefício trabalhista. Ou seja, parcela importante dos

beneficiários é composta por indivíduos que se encontram inseridos no mercado formal de trabalho, mas não chegam a constituir a elite econômica do país. Com relação à demanda individual dos planos privados com cobertura odontológica, existem aspectos peculiares que devem ser levados em consideração:

> [...o consumidor opta por adquirir um plano odontológico não com a finalidade de proteção contra riscos incertos, mas como uma alternativa factível de financiamento para o investimento que deseja realizar nos seus próprios dentes. Logo, esse consumidor, após ter pesquisado preços e feito diversos orçamentos, tem a possibilidade de entrar em um plano odontológico, fazer o tratamento e sair do plano. Por isso, a seleção adversa é tão grande neste tipo de plano. Aqueles indivíduos cuidadosos e precavidos não possuem estímulo para demandar um plano deste tipo. Ao contrário, os indivíduos que necessitam fazer algum tipo de tratamento podem optar por adquirir um plano odontológico, tendo em vista que este lhe permite fazer um parcelamento...] (BRASIL, 2002).

O mais importante nesse contexto é que a ANS, ao considerar os dados do SB Brasil 2003 como um dos parâmetros para o estabelecimento de metas para os indicadores odontológicos, o faz com critério, avaliando cada uma das variáveis e observando as especificidades do setor suplementar de saúde e as séries históricas de produção assistencial das operadoras com cobertura odontológica. 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 saúde.

Na análise dos dados de 2007 do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, foram introduzidas importantes modificações com relação ao processamento dos dados do ano anterior. Dentre as modificações implementadas em diferentes indicadores das quatro dimensões do programa, as seguintes tiveram implicações em indicadores de saúde bucal:

- Aplicação da metodologia estatística do Bayes Empírico para o ajuste das flutuações extremas das taxas e proporções em pequenas populações, já que em operadoras com um número muito reduzido de beneficiários, a adição ou a subtração de um único evento pode acarretar distorções na análise dos resultados;

- Aplicação da metodologia estatística de padronização indireta por faixa etária para alguns indicadores, de forma a minorar a influência causada pela composição diferenciada das faixas etárias da população beneficiária de cada operadora, uma vez que estas apresentam forte correlação com a idade do indivíduo em determinadas patologias.

Na avaliação dos dados de 2008, uma modificação que já havia sido implementada no cálculo da pontuação dos demais indicadores da Dimensão Atenção à Saúde ano-base 2007, foi expandida também para os indicadores odontológicos. Até o processamento anterior, o resultado obtido por uma operadora no indicador era localizado num intervalo de valores para o qual correspondia uma pontuação. Na nova forma, a pontuação passou a ser diretamente ou inversamente proporcional ao valor absoluto obtido no indicador, permitindo, assim, discriminar diferenças mínimas entre as operadoras. Além disso, houve o aperfeiçoamento de metodologias estatísticas e críticas para validação dos dados e ajustes em parte das metas estabelecidas e nos pesos atribuídos aos indicadores.

No Quadro 4, 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.

Quadro 4 - 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
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

Para o cálculo dos indicadores da Dimensão Atenção á Saúde foram utilizados os dados registrados pelas operadoras no Sistema de Informações de Produtos – SIP. Para a compreensão dos indicadores do Programa de Qualificação, é necessária a conceituação do termo "exposto". É considerado "exposto" o beneficiário do plano que não se encontra em período de carência ou cobertura parcial temporária, ou seja, tem o direito de utilizar os serviços de assistência à saúde (RANGEL, 2007).

As definições completas relativas a cada indicador e as informações complementares sobre as metas e parâmetros para cálculo estão descritas na Ficha Técnica do Indicador, disponível para acesso no sítio da ANS, www.ans.gov.br, no menu "Qualificação". Na sequência, estão sintetizadas as principais informações relativas a cada um dos seis indicadores odontológicos no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2008. Cabe ressaltar que os métodos de cálculo apresentados são submetidos a metodologias de padronização, conforme especificado no Quadro 4.

Número de consultas odontológicas iniciais por exposto

Método de cálculo

Total de consultas odontológicas iniciais
Total de expostos para consultas odontológicas iniciais

A consulta odontológica inicial abrange os atendimentos destinados à elaboração de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir da anamnese e exame clínico. A atenção odontológica em nível individual é uma importante estratégia para a qualificação do acesso à assistência, na medida em que possibilita a avaliação por um profissional de saúde, visando à prevenção das doenças bucais, avaliação dos fatores de risco individuais, realização de diagnóstico precoce com redução das sequelas e limitação dos danos, contribuindo para a redução dos custos com tratamento odontológico, melhora nas condições de saúde bucal e aumento da qualidade de vida dos indivíduos. Uma limitação desse indicador é o fato de ele ser influenciado pela contagem cumulativa de consultas odontológicas iniciais, considerando a possibilidade de realização e registro de mais de uma consulta, no mesmo indivíduo, durante o período analisado. Tal característica compromete a perspectiva de análise de cobertura do acesso à atenção odontológica por meio da consulta odontológica inicial

Os parâmetros utilizados para a proposição da meta desse indicador foram a prevalência das principais doenças bucais, de acordo com os resultados do SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, e dados da assistência odontológica na saúde suplementar. A pontuação obtida pela operadora no indicador é diretamente proporcional ao desempenho, alcançando a pontuação máxima a partir de valores iguais ou superiores a 0,50 consulta inicial/exposto/ano.

Taxa de pessoas submetidas à aplicação profissional de flúor

Método de Cálculo

Total de pessoas submetidas à fluorterapia	x 100
Total de expostos para procedimentos preventivos	

A aplicação tópica de flúor é um importante método de prevenção, de baixo custo, fácil aplicação e, se utilizado oportunamente, proporciona a proteção específica do indivíduo contra a cárie dentária, reduzindo em proporção significativa a incidência da doença.

O flúor pode ser utilizado como agente preventivo e terapêutico na modulação da atividade de cárie dentária. O mecanismo de ação, dinamicamente importante, depende da presença de fluoretos constantemente na boca, disponível para atuação no processo de cárie. Em baixa concentração e alta frequência de aplicação, os fluoretos alteram o metabolismo das bactérias inibindo a produção de ácidos e elevando o pH da placa bacteriana; reduzem a aderência microbiana ao esmalte dentário; interferem diretamente no processo de desmineralização, favorecendo a formação de fluoreto de cálcio e a remineralização dentária.

A aplicação tópica profissional de produtos fluoretados é um mecanismo importante na redução da atividade de cárie, mas deve-se ressaltar que somente um conjunto de medidas possibilitará o não desenvolvimento da doença.

Dessa forma, esse indicador estima a cobertura e o acesso dos indivíduos à aplicação tópica de flúor, sob orientação de um profissional de saúde, com finalidade terapêutica (remineralização de mancha branca ativa) e/ou preventiva da doença cárie, na atenção suplementar à saúde.

Os parâmetros utilizados para a proposição da meta desse indicador foram a distribuição dos indivíduos com risco moderado e alto

para a cárie no país, de acordo com os resultados do SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, e dados da assistência odontológica na saúde suplementar. A pontuação obtida pela operadora no indicador é diretamente proporcional ao desempenho, alcançando a pontuação máxima a partir da cobertura igual ou superior a 40 pessoas/100 expostos/ano, de modo a estimular o acesso ao flúor tópico profissional nos indivíduos de maior risco, visando à diminuição da atividade de cárie no setor suplementar.

Taxa de pessoas menores de 15 anos que receberam selantes

Método de Cálculo

Total de pessoas que receberam selantes (menores de 15 anos)	x 100
Total de expostos para selantes (menores de 15 anos)	

Um dos desafios da ANS ao estabelecer os indicadores para o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar é o de formular indicadores que identifiquem a prática de uma atenção cuidadora por parte das operadoras. O selamento dentário não deve ser adotado de forma indiscriminada, mas, em condições bastante específicas e aliado a outros recursos preventivos, constitui um método de proteção específica para as superfícies de fóssulas e fissuras dentárias. Se aplicado oportunamente, o selamento dentário pode contribuir para reduzir a incidência de cárie na medida em que impede o acúmulo de placa bacteriana e facilita a higienização, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde, pela Organização Pan-Americana de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Nesse sentido, para a definição da meta deste indicador, a ANS considerou a necessidade de selantes identificada pelo SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, registrada conforme regra de decisão adotada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, na presença simultânea das seguintes condições:

- o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;
- o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

A pontuação obtida pela operadora no indicador é diretamente proporcional ao desempenho, alcançando a pontuação máxima a partir da cobertura igual ou superior a 3,5 pessoas menores de 15 anos/100 expostos menores de 15 anos/ano.

Taxa de pessoas com 15 anos ou mais submetidas à terapia periodontal básica

Método de Cálculo

Total de pessoas submetidas à terapia periodontal básica (15 anos ou mais)	x 100
Total de expostos para terapia periodontal básica (15 anos ou mais)	

A placa bacteriana é o principal fator etiológico da gengivite e da periodontite. A terapia periodontal básica é um importante método de diminuição dos depósitos bacterianos nas superfícies dentárias e, realizada oportunamente, proporciona a proteção específica do indivíduo contra as periodontopatias. Ela compreende a orientação e motivação para a higiene bucal, remoção mecânica de placa e cálculo, polimento coronário e/ou alisamento radicular e remoção dos fatores retentivos de placa, abrangendo procedimentos de raspagem supra e/ou subgengival, alisamento coronário e/ou radicular (com ou sem curetagem de bolsa periodontal). A forma de registro do numerador "Total de pessoas submetidas à terapia periodontal básica (15 anos ou mais)" permite a análise sob a perspectiva de cobertura; entretanto, uma operadora que realize a ação apenas uma vez ao ano poderá ter percentual de cobertura semelhante à outra que a realize com maior frequência.

Os parâmetros utilizados para a proposição da meta desse indicador foram a distribuição das prevalências de sangramento gengival e cálculo na população brasileira, segundo o maior grau de condição periodontal, de acordo com os resultados do SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, e dados da assistência odontológica na saúde suplementar. A pontuação obtida pela operadora no indicador é diretamente proporcional ao desempenho, alcançando a pontuação máxima a partir da cobertura igual ou superior a 40 pessoas com 15 anos ou mais/100 expostos com 15 anos ou mais/ano, buscando estimular a realização de procedimentos periodontais básicos, visando à redução dos fatores de risco, à prevenção e à limitação dos danos ocasionados pela gengivite e periodontite.

Taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído

Método de Cálculo

Total de dentes com tratamento endodôntico concluído	x 10
Total de expostos para endodontia	

A progressão da lesão cariosa para as regiões mais profundas da estrutura dentária agride a polpa, causando um processo inflamatório. Quando essa inflamação progride e torna-se irreversível, ocorre a necessidade de tratamento endodôntico, em função da odontalgia ou da evolução para a necrose da polpa.

Altas taxas de tratamento endodôntico sugerem um modelo assistencial insatisfatório, com baixo estímulo às ações de promoção e prevenção. No entanto, devemos atentar para o fato que tratamentos endodônticos também são indicados por causas não evitáveis com ações preventivas, tais como traumatismo dentário ou por indicação protética. Portanto, taxas muito baixas de tratamento endodôntico não são desejadas, pois sugerem dificuldade de acesso aos serviços especializados e de maior complexidade.

Uma limitação desse indicador é o fato de ele ser influenciado pelo tempo de permanência do beneficiário no plano, quando esse for insuficiente para evitar endodontias por meio de ações de promoção e prevenção implementadas pela operadora; e quando não houver possibilidade de evitar endodontias, diante da entrada de novos beneficiários com a necessidade já instalada.

Os parâmetros utilizados para a proposição da meta desse indicador foram a distribuição do número de dentes com necessidade de tratamento pulpar, de acordo com os resultados do SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, e dados da assistência odontológica na saúde suplementar. Operadoras que apresentam taxas menores que 0,3 dentes com tratamento endodôntico concluído/10 expostos/ano recebem pontuação "0" (zero), pois essas taxas sugerem problema no registro da informação ou restrição de acesso. Taxas entre 0,3 e 1,23 dentes com tratamento endodôntico concluído/10 expostos/ano recebem pontuação máxima, já que essas taxas se enquadram em um parâmetro aceitável de necessidade de tratamento endodôntico, conforme dados nacionais. Quando as taxas são superiores a 1,23 dentes com tratamento endodôntico concluído/10 expostos/ano, a operadora recebe pontuação inversamente proporcional à elevação

da taxa (quanto maiores as taxas de endodontia menores são as notas atribuídas), já que um número muito alto de dentes com necessidade de tratamento endodôntico denotam a incapacidade da operadora em prevenir a necessidade da realização de tal procedimento. Por esse motivo, a partir da taxa de 2,46 dentes com tratamento endodôntico concluído/10 expostos/ano, a operadora recebe pontuação "0" (zero).

Taxa de exodontias de permanentes

Método de cálculo

Nº de exodontias de permanentes	x 10
Total de expostos para exodontia x P*	

* P: percentual de beneficiários em planos odontológicos do setor suplementar, com 12 anos de idade ou mais.

Os estudos epidemiológicos realizados na área de saúde bucal têm fornecido informações sobre as condições bucais e as necessidades de tratamento das populações, apontando a cárie e a doença periodontal, evitáveis com ações preventivas, como as doenças responsáveis pela maioria das perdas dentárias.

Sabe-se que as perdas dentárias são influenciadas pelas condições sociais dos indivíduos, bem como pelo modelo de atenção odontológica praticado no país, caracterizado pelo acesso limitado e pela realização de ações curativas, centrado nas sequelas das doenças. Altas taxas de exodontias sugerem um modelo assistencial insatisfatório, com dificuldade de acesso aos serviços odontológicos básicos e baixo estímulo às ações de promoção e prevenção.

O Total de exodontias de permanentes refere-se aos procedimentos de extrações de permanentes normalmente implantados, não abrangendo as extrações de siso incluso/semi-incluso e extrações com indicação ortodôntica.

O parâmetro nacional, de 5,28 dentes com indicação de exodontia/10 indivíduos com 12 anos de idade ou mais, é considerado elevado quando comparado aos padrões internacionais. Dessa forma, a meta estabelecida para esse indicador propõe uma redução de 70% do parâmetro nacional, ou seja, a realização de 1,60 exodontias de permanentes/10 expostos com 12 anos de idade ou mais/ano, buscando reduzir o número de exodontias na dentição permanente, no setor suplementar.

Esse indicador, assim como o de "Taxa de Dentes com Tratamento Endodôntico Concluído", tem como limitação o fato de ser influenciado pelo tempo de permanência do beneficiário no plano e pela possibilidade de adesão de beneficiários com necessidade instalada. Por esse motivo, esses são os dois indicadores odontológicos de menor peso no cálculo do Índice de Desempenho da Atenção à Saúde (peso 1,0).

As operadoras que apresentam taxas superiores a 5,28, ou seja, um número muito alto de extrações, recebem pontuação "0" (zero). Quando as taxas são inferiores a 5,28 exodontias de permanentes/10 expostos com 12 anos de idade ou mais/ano, a operadora começa a receber pontuação inversamente proporcional ao valor da taxa (quanto menores as taxas de exodontias, melhores são as notas atribuídas). As operadoras que obtêm taxas iguais ou menores a 1,60 exodontias de permanentes/10 expostos com 12 anos de idade ou mais/ano recebem a pontuação máxima para o indicador.

Principais resultados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, ano-base 2008

As operadoras avaliadas no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar são as que possuem registro ativo junto à ANS na competência analisada. Aquelas operadoras que iniciam atividades ou ampliam a cobertura assistencial comercializada no decorrer do período analisado só são avaliadas no período seguinte, garantindo o período de 12 meses de atuação no mercado.

Com relação à avaliação dos dados do Programa de Qualificação, ano-base 2008, das 1.707 operadoras ativas na oportunidade do processamento dos dados, 134 operavam há menos de 12 meses e não foram analisadas. Outras 93 operadoras estiveram em regime especial em 2008 e/ou estão em 2009 e, portanto, não tiveram o seu desempenho avaliado. Chegou-se, então, ao número de 1.480 operadoras avaliadas em seu desempenho no ano-base 2008. Em 2008, essas operadoras respondiam por aproximadamente 94% do total de beneficiários de planos de saúde (BRASIL, 2009b).

O valor do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) varia de zero a 1 (0 - 1). Quanto mais próximo de 1 o valor do IDSS, melhor o desempenho da operadora. Aproximadamente 45,4% dos beneficiários de operadoras médico-hospitalares estavam em operadoras que alcançaram IDSS superior a 0,6. Entre os beneficiários de operadoras exclusivamente odontológicas, esse número chega a 60,2% dos beneficiários.

Quanto à análise dos resultados das operadoras que possuem beneficiários em planos com cobertura odontológica, o mais preocupante é o fato de que mais da metade obteve pontuação zerada em indicadores odontológicos da Dimensão de Atenção à Saúde, em razão do não envio periódico do Sistema de Informações dos Produtos (SIP), ou ainda pelo sub-registro ou inconsistência das informações assistenciais registradas. Esse problema é mais frequente entre as operadoras exclusivamente odontológicas de menor porte. Tal quadro representa um grande desafio que a ANS tem procurado enfrentar, contando inclusive com a colaboração de entidades que congregam as operadoras setoriais, com o objetivo de incluir essas operadoras na rotina de registro, envio e uso das informações assistenciais. Um aspecto relevante é a importância das operadoras se apropriarem dessas informações, que representam um insumo estratégico para a realização de um planejamento responsável e para a tomada de decisões relativas à assistência prestada aos seus beneficiários.

Dentre as operadoras que alimentaram o SIP e que apresentaram dados consistentes, observa-se o seguinte quanto à pontuação obtida nos indicadores odontológicos do Programa de Qualificação:

- Dentre os indicadores em que as operadoras obtiveram melhor desempenho, destaca-se a "Taxa de exodontias de permanentes", onde 99% das operadoras obtiveram notas situadas entre a metade e o valor máximo da nota estipulada para o indicador. Tanto no indicador de "Taxa de dentes com tratamento endodôntico concluído" quanto no indicador "Taxa de pessoas menores de 15 anos que receberam selantes", cerca de 75% das operadoras alcançaram tal condição. No indicador de "Número de consultas odontológicas iniciais por exposto", o valor foi de 65% das operadoras.

- Os indicadores odontológicos em que as operadoras tiveram pior desempenho foram "Taxa de pessoas com 15 anos ou mais submetidas à terapia periodontal básica" e "Taxa de pessoas submetidas à aplicação profissional de flúor", onde apenas 49% e 28% das operadoras, respectivamente, obtiveram notas situadas entre a metade e a nota máxima esperada para o indicador.

Considerações finais

O propósito da ANS ao avaliar as operadoras de planos privados de saúde no Programa de Qualificação da Saúde Suplementar não é de apenas classificá-las em função de seu desempenho, mas, principalmente, abrir possibilidades para acréscimos de qualidade ao

modo de fazer dessas instituições, de maneira que elas se responsabilizem pelas ações de saúde e que de fato contribuam para elevar os níveis de saúde dos brasileiros cobertos por planos privados de saúde (BRASIL, 2009a).

Desse modo, a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesmo, nem ser abordada como um exercício puramente acadêmico, mas deve orientar o desenvolvimento de estratégias e programas de saúde, com enfoque na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização dos seus objetivos (RANGEL, 2007).

O acompanhamento dos indicadores tem propiciado o contínuo aprimoramento do programa, a partir da incorporação de novos indicadores, substituição ou subtração de indicadores em uso e da conformação das metas propostas. Por fim, o grande desafio a ser enfrentado, não só no setor da saúde suplementar, mas em todo sistema de saúde, é o de proporcionar um conjunto de ações sustentáveis capazes de produzir saúde e que considerem as necessidades dos usuários. Nesse sentido, a avaliação e monitoramento contínuo da qualidade da atenção são essenciais para que ocorram transformações nos processos de trabalho, em serviços públicos ou privados. Isto se deve ao fato de esses processos de monitoramento terem forte poder indutor sobre a conformação dos modelos assistenciais quando entendidos como ferramentas para a prática da regulação da atenção (BRASIL, 2009a).

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Série Regulação e Saúde, v. 2. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação. Rio de Janeiro: ANS, 2004a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. A regulação da atenção à saúde no setor suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro: ANS; Brasília: OPAS, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação: Texto base. Rio de Janeiro: ANS, 2009a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/texto_base.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2009a.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Qualificação da Saúde Suplementar: uma nova perspectiva no processo de regulação: Resultados da Avaliação do Desempenho das Operadoras referentes ao ano de 2008. Rio de Janeiro: ANS, 2009b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_qualificacao/pdf/IDSS_2008_%20Resultados_final.pdf>. Acesso em: 10 agosto 2009b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003: Corpo Básico e Suplemento Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

RANGEL, M. M. S. Avaliação dos indicadores odontológicos do programa de qualificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2007. Monografia (Especialização em Regulação de Saúde Suplementar). Programa de Pós-Graduação da Fundação Getulio Vargas. Rio de Janeiro, 2007.

X. Regulação econômico-financeira e atuarial dos produtos exclusivamente odontológicos

Introdução

O mercado de planos exclusivamente odontológicos vem ganhando relevância a partir da regulação do setor de saúde suplementar, com o advento da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998). Isso pode ser verificado por meio dos dados do setor disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que demonstram um evidente crescimento do número de beneficiários, das receitas e das despesas entre 2000 e 2008 (ANS, 2009).

Neste artigo, será apresentado um panorama da regulação econômico-financeiro e atuarial dos planos de segmentação exclusivamente odontológica, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em função da regulamentação do mercado.

Formação de preços e Nota Técnica Atuarial

Os preços dos planos de saúde, bem como dos seguros em geral, são de responsabilidade de um profissional de ciências atuariais. O atuário utiliza um banco de dados associado a uma metodologia estatística para determinar o preço de vendas do produto em questão.

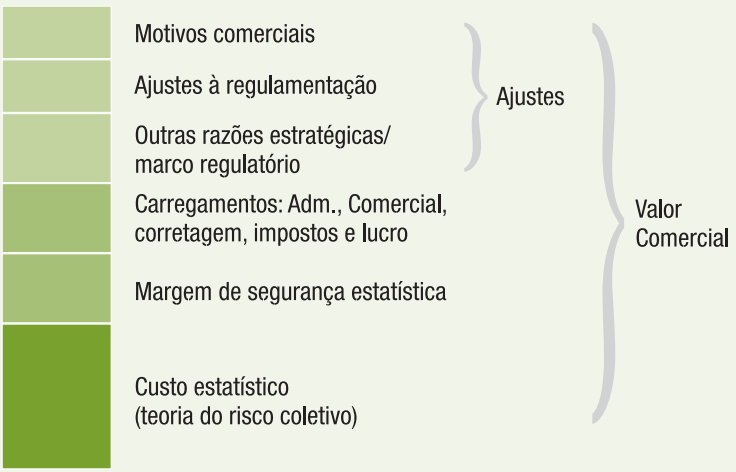
As informações do banco de dados e a metodologia utilizada ficam registradas num documento denominado Nota Técnica Atuarial. A Nota Técnica, de uma forma geral, assegura que os preços de comercialização serão suficientes para cobrir as despesas com o plano, garantindo a solvência da operadora e coibindo a prática de preços predatórios.

A ANS determina a necessidade da apresentação de Nota Técnica Atuarial para os planos de saúde. A Resolução da Diretoria Colegiada nº 28, de 2000, instituiu a Nota Técnica de Registro de Produtos – NTRP, justificativa da formação inicial dos preços dos planos e produtos de assistência suplementar à saúde, e requisito para obtenção de registro provisório junto à ANS (ANS, 2000).

A NTRP é exigida apenas para planos individuais e/ou familiares, e aos planos coletivos, com exceção dos planos exclusivamente odontológicos e dos planos coletivos com vínculo empregatício financiados total ou parcialmente pela pessoa jurídica empregadora.

De toda forma, a formação dos preços dos planos de saúde deve considerar os riscos assistenciais (custo e frequência), além dos demais riscos de operação dos planos, custos não assistenciais (despesas de comercialização, administrativa, lucro, impostos) e ajustes. A Figura 3 resume como se dá a formação dos preços de planos de saúde (valor comercial).

Figura 3 - Formação dos preços dos planos privados de assistência à saúde



Fonte: GGEFP/DIPRO/ANS

De acordo com a Resolução Normativa nº 100, de 3 de junho de 2005 (ANS, 2005a), os preços dos planos de saúde podem ser estabelecidos das seguintes formas:

1 - Preço pré-estabelecido: quando o valor da contraprestação pecuniária é determinado antes da utilização das coberturas contratadas;

2 - Preço pós-estabelecido: quando o valor da contraprestação

pecuniária é determinado após a realização das despesas com as coberturas contratadas;

3 - Preço misto: permitido apenas em planos odontológicos, quando o valor da contraprestação pecuniária é determinado de forma pré-estabelecida e pós-estabelecida[1].

As técnicas atuariais para a mensuração do risco para o cálculo dos preços de comercialização são aplicáveis aos casos de preço pré-estabelecido, já que, nesse caso, é necessária a estimação dos custos assistenciais. Em se tratando de preço pós-estabelecido, o total de despesas é conhecido, sendo desnecessária tal estimativa, inexistindo o risco de utilização.

Cabe ressaltar que os riscos inerentes aos planos exclusivamente odontológicos possuem diversas particularidades, diferenciando-se dos planos de segmentação médico-hospitalar.

Entre 2004 e 2005, foi formado um Grupo Técnico para discussão da política dos reajustes em planos exclusivamente odontológicos. Esse grupo, que contava com representantes de todos os segmentos do mercado, abordou as diversas peculiaridades do segmento odontológico, onde se destacam:

- A exigência do cumprimento dos prazos de carência é pouco utilizada, em função do agravamento do risco quando se posterga o início do tratamento do paciente;
- Os custos assistenciais são elevados no 1º ano e decrescentes nos anos posteriores;
- Há uma grande competitividade entre as operadoras para manter o beneficiário "já tratado", resultando em uma dinâmica de preços mais competitiva no âmbito dos planos individuais;
- Existência de custos fixos elevados, compensados com aumento do número de beneficiários (ganhos de escala gerados pelo mercado em crescimento);
- Não há uma relação direta entre o aumento da idade do usuário e seu nível de utilização.

1 A Resolução Normativa nº 59, de 19 de dezembro de 2003, determina quais procedimentos odontológicos devem estar em pré-pagamento ou em pós-pagamento. Esta mesma RN estabelece os demais critérios para a comercialização de planos em regime de preços misto.

Além disso, em se tratando de planos exclusivamente odontológicos, os custos da utilização são mais previsíveis, o que possibilita a comparação dos valores dos tratamentos particulares com o custo da contratação de um plano. Já os planos médico-hospitalares são caracterizados pela aversão ao risco do beneficiário, pois não há um valor pré-determinado para o custo de internação ou de um tratamento mais complexo, por exemplo. Nesse caso, o beneficiário contrata o plano para repassar o risco da sua utilização para a operadora.

Regulação dos reajustes

Basicamente, existem atualmente dois tipos de reajustes possíveis nos planos de saúde no Brasil:

- Reajuste por Variação de Faixa Etária
- Reajuste por Variação de Custos

A seguir serão destacadas as particularidades de cada um desses tipos de aumento nas contraprestações pecuniárias.

1. Reajuste por variação de faixa etária

Os reajustes por variação de faixa etária são regulamentados pela Resolução Normativa nº 63 (ANS, 2003) que estabelecem as seguintes faixas etárias: a) 0 a 18 anos; b) 19 a 23 anos; c) 24 a 28 anos; d) 29 a 33 anos; e) 34 a 38 anos; f) 39 a 43 anos; g) 44 a 48 anos; h) 49 a 53 anos; i) 54 a 58 anos; e j) 59 anos ou mais.

Note-se que, de acordo com essa regulamentação, o último reajuste de faixa etária ocorre antes dos 60 anos. Isso se deu a partir da vigência da Lei nº 10.741, o Estatuto do Idoso, em 1º de janeiro de 2004. Essa Lei definiu que não poderia haver discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

A Resolução Normativa nº 63 também entrou em vigor em 1º de janeiro de 2004, sendo que os contratos comercializados a partir de então deveriam atender às regras então implementadas.

Nos termos desse regramento, o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). E a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

As faixas etárias dos planos comercializados até o início da vigência da RN nº 63 também deveriam atender a uma padronização estabelecida pela Resolução Consu nº 06, de 4 de novembro de 1998, a saber:

a) 0 a 17 anos; b) 18 a 29 anos; c) 30 a 39 anos; d) 40 a 49 anos e) 50 a 59 anos; f) 60 a 69 anos; e g) 70 anos ou mais.

Além disso, o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos).

Sob o ponto de vista econômico-atuarial, é importante ressaltar a relevância dos aumentos por mudança de faixa etária nos planos de saúde. O estabelecimento de faixas etárias torna o plano economicamente mais equilibrado, uma vez que os valores de contraprestação pecuniária de uma determinada faixa etária são proporcionais às despesas assistenciais do grupo de beneficiários a ela pertencentes.

Em se tratando de planos exclusivamente odontológicos, verifica-se que a variação dos custos em função da idade não é significativa, conforme o Quadro 5 apresentado a seguir, extraído do banco de dados da ANS[2].

Quadro 5 - Média das despesas odontológicas por exposto segundo faixa etária e tipo de contratação, nov. 2008

Contratação				
Faixa Etária	Coletivo Empresarial	Coletivo por Adesão	Individual ou Familiar	Total Global
0 a 18 anos	10,75	8,40	8,14	8,62
19 a 23 anos	8,98	7,76	6,78	7,51
24 a 28 anos	10,88	8,02	7,82	8,34
29 a 33 anos	11,18	8,17	8,18	8,60
34 a 38 anos	12,27	8,17	8,64	8,96
39 a 43 anos	13,21	8,02	9,10	9,23
44 a 48 anos	13,88	8,01	9,67	9,57
49 a 53 anos	15,17	8,00	10,27	10,01
54 a 58 anos	15,42	7,98	10,36	10,08
59 anos ou +	17,24	8,82	12,02	11,41
Total Global	12,90	8,14	9,09	9,23

Fonte: GGEFP/DIPRO/ANS, nov. 2008.

2 Custos dos procedimentos odontológicos extraídos do banco de dados de NTRP de planos médico-hospitalares com cobertura odontológica, segundo estudo realizado em novembro de 2008.

Por esse motivo, não é comum o estabelecimento desse tipo de reajuste em planos de segmentação exclusivamente odontológica.

2. Reajuste por variação de custos

Os reajustes por variação de custos são os aumentos nas mensalidades dos planos para fazer face à variação nos custos dos serviços oferecidos pelas operadoras.

Com a regulamentação do setor, por meio da Lei nº 9.656, de 1998, e da criação da ANS pela Lei nº 9.961, de 2000 (BRASIL, 2000) surgiu a competência da autorização e do monitoramento dos reajustes por variação de custos a serem aplicados aos planos de saúde.

Assim sendo, a partir de ano de 2000, passou-se a exigir a prévia autorização da ANS para que fossem efetuados os reajustes em planos individuais ou familiares, inclusive dos de segmentação exclusivamente odontológica. Já para os planos coletivos, passou-se a ser exigida a comunicação dos reajustes efetuados nos contratos.

Reajuste em planos individuais ou familiares

A autorização da ANS era emitida por ofício, que dispunha as condições e percentual para o reajuste, nos termos do normativo vigente à época.

Os percentuais máximos autorizados para os planos até 2004 estão demonstrados no Quadro 6:

Quadro 6 - Percentual máximo de reajuste aplicado em planos individuais/familia-

Resolução	Data De Publicação	Vigência	Índice Autorizado
RDC nº 29/00	26/6/2000	Maio/00 A Abril/01	5,42%*
RDC nº 66/01	3/5/2001	Maio/01 A Abril/02	8,71%
RN nº 08/02	24/5/2002	Maio/02 A Abril/03	7,69%
RN nº 36/03	17/4/2003	Maio/03 A Abril/04	9,27%
RN nº 74/04	7/5/2004	Maio/04 A Abril/05	11,75%

* O percentual podia ser diferenciado em função da existência de resíduos

Fonte: GGEFP/DIPRO/ANS, 2000-2004

No final de 2004 e início de 2005, iniciaram-se as discussões do Grupo Técnico da Política de Reajuste para o Biênio de 2005/2006, que contava com a participação de representantes das operadoras, dos consumidores e dos prestadores de serviço, além da ANS, Ministério da Fazenda e Ministério da Justiça.

A partir dos estudos e ponderações dos participantes do grupo técnico e considerando as particularidades dos planos odontológicos, concluiu-se que seria permitida a aplicação da cláusula de reajuste prevista em contrato, independentemente da necessidade da autorização prévia por parte desta Agência.

A mudança na política de reajuste em planos exclusivamente odontológicos nos termos supracitados ocorreu efetivamente ainda em 2005, através da publicação da Resolução Normativa nº 118, de 07 de dezembro de 2005 (ANS, 2005b).

Atualmente, a possibilidade da aplicação da cláusula prevista no contrato, conforme estabelecida pela RN nº 118, de 2005, se mantém, sendo que o normativo que dispõe sobre o tema atualmente é a RN nº 172, de 08 de julho de 2008[3] (ANS, 2008).

Assim sendo, os reajustes nos planos individuais/familiares de contratação exclusivamente odontológica devem ser efetuados de acordo com as cláusulas contratuais claramente estabelecidas, assim consideradas as que elejam um índice de preços divulgado por instituição externa, ou seja, um índice de preços de ampla divulgação, por instituição reconhecida.

Caso a cláusula contratual não atenda a esse requisito, a operadora deverá adequá-la, conforme o Quadro 7:

3 Demais Resoluções Normativas que dispõem sobre o reajuste em planos exclusivamente odontológicos: RN nº 129, de 18 de maio de 2006 (que substituiu a RN n° 118); RN n° 157, de 8 de junho de 2007 (que alterou a RN nº 129). Atualmente está em vigor a RN nº 172, de 8 de julho de 2008.

Quadro 7 - Adequação de reajuste conforme cláusula estabelecida no contrato

	Cláusula Contratual	Reajuste a ser aplicado
1.	Cláusula de reajuste clara, assim considerada a que elege um índice de preços divulgado por instituição externa.	Prevalece o índice de preços disposto no contrato.
2.	I. Não existe cláusula de reajuste II. A cláusula não indica expressamente o índice de preços a ser utilizado para reajustes das contraprestações III. Há omissão quanto ao critério de apuração e demonstração das variações consideradas no cálculo do reajuste IV. O índice de preços sofreu descontinuidade na apuração V. Consta exclusivamente o índice de preços divulgado pela ANS	A operadora deverá oferecer ao titular do contrato um termo aditivo que preveja um índice de preços divulgado por instituição externa.A não concordância expressa ou a não manifestação do titular quanto à cláusula de reajuste proposta, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do termo aditivo, implicará a adoção do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, para fins de reajuste.
3.	Cláusula de reajuste prevendo mais de um critério de reajuste, havendo apenas um índice de preços divulgado por instituição externa.	Prevalece o índice de preços divulgado por instituição externa.
4.	Cláusula de reajuste prevendo mais de um critério, havendo dois ou mais índices de preços divulgados por instituição externa.	A operadora deverá oferecer ao titular um termo aditivo, para que passe a vigorar um dos critérios.A não concordância expressa ou a não manifestação do titular quanto à cláusula de reajuste proposta, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do termo aditivo, implicará a adoção do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, para fins de reajuste.
5.	Cláusulas que utilizem o índice de preços anteriormente divulgado pela ANS, mas que possuam alternativa que o substitua.	A cláusula deverá ser mantida, e seus reajustes calculados com base na alternativa dada pelas cláusulas vigentes, observados os critérios dos itens 3 e 4 deste quadro.

Fonte: GGEFP/DIPRO/ANS

Todos os titulares de contratos vinculados a um mesmo plano que se enquadrem nos itens 2 ou 4 do quadro 7 devem receber a mesma proposta de termo aditivo para inclusão de nova cláusula.

Além disso, a operadora deve informar ao titular do plano que se encontra disponível o modelo de contrato firmado, quando do oferecimento da proposta de termo aditivo, e manter por 5 (cinco) anos o comprovante do recebimento da proposta de qualquer termo aditivo pelo titular do contrato.

O percentual do reajuste a ser aplicado deve ser mensurado com base no índice oficialmente divulgado, não podendo ser consideradas as eventuais projeções do respectivo índice.

O reajuste deverá estar limitado ao apurado com base em 12 (doze) meses ininterruptos. Além disso, o índice poderá ser apurado mensalmente para aplicação à contraprestação pecuniária dos beneficiários na data de aniversário de contrato. A defasagem máxima permitida entre a apuração do reajuste e sua aplicação pode ser de até 3 (três) meses.

Reajuste em Planos Coletivos

Atualmente, não é exigida a prévia autorização para a aplicação dos reajustes em planos de contratação coletiva. As regras para o reajuste, nesses casos, foram definidas através dos normativos: RDC nº 29/00; RDC nº 66/01; RN nº 08/02; RN nº 36/03; RN nº 74/04; RN nº 99/05; RN nº 118/05; RN nº 128/06; RN nº 129/06; RN nº 156/07; RN nº 157/07; RN nº 171/08; e RN nº 172/08, além da IN nº 13/06 da DIPRO.

Os parâmetros para o reajuste, nos planos coletivos, são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes celebrantes. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, podem ser negociados entre esta e a pessoa jurídica contratante. Assim sendo, o reajuste deve ser efetuado conforme as regras acordadas no instrumento contratual referentes às cláusulas de reajuste.

A ANS realiza seu mister regulatório nos planos coletivos através do monitoramento da evolução de seus preços. Nesse contexto, as operadoras devem efetuar os comunicados dos reajustes aplicados através da internet.

Deve ser comunicada à ANS qualquer variação positiva, negativa ou igual a zero da contraprestação pecuniária em planos coletivos, seja decorrente de reajuste, revisão ou da sua manutenção. A variação igual a zero se refere à manutenção do valor da contraprestação pecuniária após o prazo de 12 meses a contar do último reajuste. Para cada período de 12 meses, deverá haver ao menos um comunicado.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução da Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000. Altera a RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e institui a Nota Técnica de Registro de Produto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 de jun. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2003. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 100, de 03 de junho de 2005. Altera a RN nº 85, de 7 de dezembro de 2005 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2005a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 118, de 07 de dezembro de 2005. Estabelece critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 07 dez. 2005b. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Resolução Normativa nº 172, de 08 de julho de 2008. Dispõe sobre os critérios para aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde exclusivamente odontológicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jul. 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Junho 2009. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

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, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2009.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br