

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS - GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

RITA DE CÁSSIA MEIRELES RODRIGUES

**A ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR NO
DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA, 2002

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA**

RITA DE CÁSSIA MEIRELES RODRIGUES

A ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde – Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo

**BRASÍLIA
SETEMBRO, 2002**

TERMO DE APROVAÇÃO

RITA DE CÁSSIA MEIRELES RODRIGUES

A ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação aprovada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde – Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. Jorge Alberto Cordón Portillo – UnB

Examinadora Externa: Prof^a. Dr^a Ligia Bahia – UFRJ

Examinador Externo: Prof. Dr. Solon Magalhães Vianna - IPEA

Brasília, 4 de setembro de 2002

Ao meu querido Brunu

AGRADECIMENTOS

Foram muitas “pedras” no caminho, mas houve muitas pessoas especiais que me ajudaram a conquistar esta vitória. Gostaria de registrar o meu agradecimento:

Ao meu orientador Professor **Jorge Cordón** pela confiança na minha capacidade de trabalho e pela sua firme participação em todos os momentos do meu curso de Mestrado.

Aos meus pais, **João e Léa**, por tudo que me ofereceram e oferecem, com amor e sabedoria, para que eu possa crescer e ter um desenvolvimento satisfatório na vida.

Ao meu irmão **Paulo Márcio** pela sua colaboração em todas as fases do meu curso de Mestrado, contribuindo com seus conhecimentos nas áreas jurídica e de informática, com grande paciência, interesse e, principalmente, com muita amizade.

Aos meus irmãos **João Marcelo e Marco Aurélio** pelo incentivo, companheirismo e colaboração em momentos de grande importância.

À minha amiga **Ana Márcia** por sempre me contar as “cenas dos próximos capítulos” da novela “Como virar um Mestre”. A minha ansiedade seria bem maior se não houvesse o companheirismo dessa grande amiga.

Ao **Radakian** pelo total envolvimento no meu trabalho, com grande profissionalismo. Suas orientações, na área de Estatística, foram fundamentais para o desenvolvimento desta Dissertação.

Ao **Mardonedes** pelas suas importantes orientações na área de Contabilidade, com interesse e paciência. Sua atenção e incentivo foram de grande valor para a minha caminhada.

À Professora **Ligia Bahia** pelas suas orientações em importantes momentos deste estudo, fazendo com que surgissem idéias interessantes sobre o tema. Seu carinho e amizade serviram de grande estímulo para que eu trilhasse esse caminho firmemente.

Ao Pesquisador **Sérgio Piola** pela importante contribuição na busca de referências bibliográficas. Suas orientações foram de grande utilidade, enriquecendo o conteúdo desta Dissertação.

Aos **profissionais** da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO/ANS) pelo incentivo, interesse e auxílio na obtenção de importantes informações para o desenvolvimento deste trabalho. A oportunidade de conhecer pesquisadores da área de Saúde Suplementar foi uma experiência muito enriquecedora para mim.

Aos **profissionais** das Clínicas e das Operadoras que participaram da Pesquisa de Campo. As entrevistas me possibilitaram importantes momentos de reflexão sobre a Odontologia Suplementar, não podendo deixar de ressaltar a paciência e o interesse desses profissionais em participar deste trabalho.

**“...Um menino caminha e caminhando chega num muro
E ali logo em frente, a esperar pela gente, o futuro está
E o futuro é uma astronave que tentamos pilotar
Não tem tempo, nem piedade, nem tem hora de chegar
Sem pedir licença muda nossa vida e depois convida a rir ou chorar
Nessa estrada, não nos cabe conhecer ou ver o que virá
O fim dela, ninguém sabe bem ao certo onde vai dar
Vamos todos numa passarela de uma aquarela que um dia, enfim,
Descolorirá...”**

Toquinho

APRESENTAÇÃO

O que é Suplementar? Essa foi a primeira questão a ser entendida para que o tema “A Odontologia Suplementar no Distrito Federal” pudesse ser desenvolvido com clareza. A idéia do Projeto de Pesquisa surgiu a partir de observações da autora em sua prática profissional. Os cirurgiões – dentistas são formados para atuarem, predominantemente, em consultório particular, trabalhando individualmente, ou no máximo, com uma auxiliar de consultório dentário. Nos últimos dez anos a autora observa que está crescendo a prática odontológica com intermediários. Em muitos casos, o fluxo de pacientes dos consultórios é mantido, exclusivamente, pelos chamados “Convênios”. Essa situação demonstra a ocorrência de uma inversão, pois, em épocas anteriores, predominava, nos consultórios odontológicos, o fluxo de pacientes particulares, que pagavam diretamente pelos serviços prestados.

O Projeto de Pesquisa teve como tema “O efeito da política de convênios e credenciamentos na prática odontológica no Distrito Federal”. Que política é essa? O que é convênio? O que é credenciamento? O que é prática odontológica? O que diferencia o Distrito Federal dos Estados e Municípios? Esses foram importantes questionamentos que surgiram e as suas respectivas respostas possibilitaram o desenvolvimento de um tema conhecido por muitos profissionais, mas pouco compreendido, ou seja, “A Odontologia Suplementar”.

Verificou – se, em fases iniciais, que o tema do Projeto de Pesquisa estava relacionado com o setor de Saúde Suplementar. Tudo bem, mas, o que é Saúde Suplementar? Surgiu a necessidade de caracterizar o setor de Saúde Suplementar logo no primeiro capítulo. Para isso, foi necessária uma pesquisa de referências bibliográficas relacionadas com esse assunto para que pudesse ser dada uma abordagem histórica do desenvolvimento desse setor. É importante ressaltar que existe uma escassez de trabalhos nessa área. Definir convênio e credenciamento foi de grande importância para o entendimento do conteúdo desse capítulo. Para isso, foram utilizados conceitos existentes na área jurídica. Nessa parte do trabalho fez –se uma abordagem da participação do setor privado no Sistema Único de Saúde, na qual foi importante destacar a diferença existente entre os termos “suplementar” e “complementar”. Finalmente, nesse capítulo, foi definida a política de Saúde Suplementar, considerando a importância da regulamentação desse setor, que durante muito tempo foi regido por regras próprias. Nessa parte

do trabalho já é possível entender o que é “Odontologia Suplementar”, mas foi importante, no capítulo seguinte, escrever sobre a Prática Odontológica para clarear ainda mais o significado do tema desta Dissertação.

O que é essa Prática Odontológica? As referências bibliográficas apresentaram informações históricas, definindo algumas formas de atuação do cirurgião – dentista em épocas diferentes. E hoje? Atualmente, observa – se uma enorme diversidade na forma de atuação do cirurgião – dentista, sendo que muitos destes atuam de várias formas. De qualquer maneira, as fases do atendimento clínico são semelhantes nos diversos esquemas de atuação, o que possibilitou uma análise comparativa da Prática Odontológica. Houve a necessidade de esclarecimento sobre o termo “Profissional Liberal” para que, posteriormente, fosse melhor compreendida as formas de inserção do cirurgião – dentista no processo social de produção. Será que o cirurgião – dentista, ao trabalhar com intermediários, está se assalariando? Existe alguma vantagem na prática odontológica com intermediários? Essas questões possuem uma dimensão multidisciplinar. Foram necessários conhecimentos jurídicos, econômicos, contábeis, políticos e odontológicos para viabilizar respostas coerentes.

Onde está sendo realizada essa Prática Odontológica com intermediários, denominada “Odontologia Suplementar”? Esta Pesquisa foi realizada no Distrito Federal, mas esse tipo de prática profissional ocorre tanto em outras Regiões do Brasil como em outros países. O quarto capítulo está relacionado com o Distrito Federal, que foi o contexto desta pesquisa. Este ente federativo autônomo apresenta características próprias, que devem ser consideradas na realização de um estudo deste tipo.

Para a realização da Pesquisa de Campo, existiu a necessidade de apoio estatístico. Houve grande colaboração dos profissionais entrevistados, que demonstraram grande interesse pelo assunto abordado nessa Pesquisa. As informações obtidas serviram para diversas análises e algumas conclusões. Dificuldades iniciais na definição da população e no tipo de amostra que seria utilizada foram superadas com a aplicação de conhecimentos estatísticos. Foi possível observar que, no cadastro de Clínicas fornecido pelo Conselho Regional de Odontologia, predominam Clínicas que possuem vínculo com intermediários.

“A Odontologia Suplementar no Distrito Federal” é uma Dissertação que possui um caráter multidisciplinar, dada a abrangência do tema, que não é restrito aos cirurgiões – dentistas,

sendo de interesse daqueles que desejam compreender o dinamismo da sociedade, expressado, nesse caso, pelas mudanças que ocorrem nas práticas profissionais no decorrer do tempo. Além disso, é um trabalho com caráter exploratório, que objetiva mais fazer um reconhecimento da área do que obter conclusões definitivas sobre o tema em questão.

SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	1
II	A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	6
	1. HISTÓRICO.....	6
	2. A PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR DO SETOR PRIVADO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
	3. A POLÍTICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR.....	14
III	A PRÁTICA ODONTOLÓGICA.....	23
	1. HISTÓRICO.....	23
	2. O MERCADO DE TRABALHO ODONTOLÓGICO.....	30
IV	CONHECENDO O DISTRITO FEDERAL.....	45
	1. HISTÓRICO.....	45
	2. ATUALIDADES SOBRE O DISTRITO FEDERAL.....	48
	3. A POPULAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL.....	51
	4. UM PANORAMA SÓCIO – ECONÔMICO DO DISTRITO FEDERAL.....	51
	5. A ODONTOLOGIA NO DISTRITO FEDERAL.....	54
V	MATERIAL E MÉTODO.....	62
	1. O PROBLEMA.....	62
	2. HIPÓTESES.....	62
	3. OBJETIVOS.....	64
	4. PESQUISA DE CAMPO.....	64
	5. POPULAÇÃO.....	65
	6. PROCEDIMENTOS.....	67
	7. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS.....	67
	8. ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	69
VI	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
	1. PERFIL DO RESPONSÁVEL TÉCNICO.....	70
	2. PERFIL DAS CLÍNICAS.....	75
	3. CREDENCIAMENTO.....	82
	4. DISCUSSÃO GERAL.....	89
VII	CONCLUSÕES.....	93
VIII	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
IX	ANEXOS.....	103

LISTA DE TABELAS

1	DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS EMPREGADAS, POR SETOR DA ECONOMIA, EM SEIS REGIÕES METROPOLITANAS DO BRASIL – 1999.....	52
2	ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS EMPREGADAS, POR SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA, NO DISTRITO FEDERAL – 1999.....	52
3	REGISTROS NO CFO REFERENTES AO DISTRITO FEDERAL – JUL 2002.....	54
4	DISTRIBUIÇÃO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS NO DISTRITO FEDERAL POR REGIÃO ADMINISTRATIVA – OUT/NOV 2001.....	65
5	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR SEXO – OUT/NOV 2001.....	70
6	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR FAIXA ETÁRIA – OUT/NOV 2001.....	71
7	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR TEMPO DE ATUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – OUT/NOV 2001.....	72
8	CURSOS REALIZADOS PELOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	72
9	OBJETIVO DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1 , LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, EM FAZER ALGUM CURSO – OUT/NOV 2001.....	73
10	RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DO GRUPO 1, ENTREVISTADOS EM CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, QUE POSSUEM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO – OUT/NOV 2001.....	73
11	FORMA DE PRÁTICA ATUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL - OUT/NOV 2001.....	74
12	TIPO DE PESSOA JURÍDICA DAS CLÍNICAS PESQUISADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	75
13	MOTIVAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL, PARA INTEGRAR SUA RESPECTIVA PESSOA JURÍDICA OUT/NOV 2001.....	75
14	MEDIDAS DESCRITIVAS DO NÚMERO DE ATENDIMENTO EM CADA GRUPO DE CLÍNICAS SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	77
15	TESTE DE INDEPENDÊNCIA DE AMOSTRAS DE CLÍNICAS PESQUISADAS NO DF – OUT/NOV 2001.....	78
16	TESTE DE SIGNIFICÂNCIA PARA AS MÉDIAS DE CADA GRUPO DE CLÍNICAS, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL - OUT/NOV 2001.....	79

17	TEMPO DE FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	79
18	OCORRÊNCIA DE INTEGRANTES DA PESSOA JURÍDICA QUE NÃO SÃO CIRURGIÕES – DENTISTAS EM CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	80
19	EXISTÊNCIA DO ESQUEMA DE ARRENDAMENTO NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	81
20	REDUÇÃO DO PREÇO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO SEM INTERMEDIÁRIOS PARA OS PACIENTES QUE OBTÊM REEMBOLSOEM CLÍNICAS LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL OUT/NOV2001.....	82
21	ADAPTAÇÕES REALIZADAS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS O INÍCIO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS – OUT/NOV 2001.....	83
22	CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS O INÍCIO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS OUT/NOV2001.....	84
23	CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS AUXILIARES DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA QUE TRABALHAM NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	84
24	FATURAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001.....	85
25	PRODUÇÃO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001.....	86
26	PROCURA POR SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS - OUT/NOV 2001.....	86
27	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO OPERADORAS OUT/NOV 2001.....	87
28	FORMA DE PAGAMENTO DAS OPERADORAS VINCULADAS ÀS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	87
29	VÍNCULO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001.....	88
30	OPINIÃO SOBRE A PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	89

LISTA DE MAPAS

1	REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL – 1998.....	49
2	REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – 2001.....	55
3	REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E LOCALIZAÇÃO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS – 2001.....	66

LISTA DE GRÁFICOS

1	POPULAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL POR REGIÃO ADMINISTRATIVA – 2000.....	53
2	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, POR INTERVALO DE QUANTIDADE DE VÍNCULOS COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001.....	89
3	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, POR INTERVALO DE TEMPO DE PRÁTICA ODONTOLÓGICA – OUT/NOV 2001.....	91

LISTA DE QUADROS

1	REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL – 2002.....	49
2	CARACTRÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	76
3	CARACTRÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 2, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	77

LISTA DE ANEXOS

1	QUESTIONÁRIOS APLICADOS NA PESQUISA DE CAMPO REALIZADA NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001.....	103
2	SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL – 2002.....	119
3	DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES QUE COMPÕE O SISTEMA DE SAÚDE DA SES/DF – 2002.....	120
4	CAPACIDADE INSTALADA DA SES/DF POR REGIÃO ADMINISTRATIVA – 2002.....	121

SIGLAS

ABRANGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ABH	Associação Brasileira de Hospitais
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AMB	Associação Médica Brasileira
AMS	Assistência Médica - Sanitária
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
ANEEL	Agência Nacional de Energia Elétrica
ANP	Agência Nacional do Petróleo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APD	Auxiliar de Prótese Dentária
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEI	Campanha de Erradicação de Invasões
CF	Constituição Federal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CODEPLAN	Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNSP	Conselho Nacional de Seguros Privados
CONSU	Conselho Nacional de Saúde Suplementar
CPO - D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
CRO	Conselho Regional de Odontologia
DF	Distrito Federal
DESAS	Departamento de Saúde Suplementar
DISAT	Diretoria de Saúde do Trabalhador
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
G₁	Grupo 1
G₂	Grupo 2
GO	Goiás
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LTDA	Sociedade Limitada
PISE	Programa Integrado de Saúde Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPA	Plano de Pronta Ação
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SEE	Secretaria de Estado de Educação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio

SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SESI	Serviço Social da Indústria
SEST	Serviço Social do Transporte
SECONCI	Serviço Social da Indústria de Construção Civil do Distrito Federal
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUCAR	Secretaria de Coordenação das Administrações Regionais
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUPLAN	Subsecretaria de Planejamento e Políticas de Saúde
SUSEP	Superintendência de Seguros Privados
THD	Técnico em Higiene Dental
TNCC	Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos
TPD	Técnico em Prótese Dental
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	Universidade de Brasília
USP	Universidade Federal de São Paulo
VRCC	Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos

RESUMO

Este trabalho estuda as possíveis relações existentes entre o crescimento do setor de Saúde Suplementar e a prática odontológica no Distrito Federal. Inicialmente, são feitas abordagens históricas e de caracterização da Saúde Suplementar no Brasil, da Prática Odontológica e do Distrito Federal. Depois, são apresentados resultados de uma Pesquisa de Campo feita nos meses de outubro e novembro de 2001. As entrevistas foram realizadas em Clínicas que utilizam intermediários (Grupo 1), em Clínicas que não utilizam esse tipo de recurso (Grupo 2) e em Operadoras de Planos de Assistência Odontológica (Grupo 3). Os Grupos 1 e 2 foram escolhidos a partir de uma amostra aleatória, enquanto que o Grupo 3 foi construído por meio de uma amostra por conveniência. Os resultados demonstraram que a adesão das Clínicas às Operadoras de Planos de Assistência Odontológica não aumenta, de forma significativa, o número de consultas do Grupo 1 em relação ao Grupo 2. A variação na média de consultas nesses grupos possibilitou analisar a influência do intermediário no aspecto mais relevante para o funcionamento de um serviço odontológico privado: o fluxo de pacientes. Verificou-se também que o crescimento do setor de Saúde Suplementar afeta a prática odontológica mais em aspectos burocráticos do que na forma como se organizam os elementos componentes da prática profissional (espaço físico, equipamentos, recursos humanos, materiais, instrumentais, enfim, tudo que compõe a estrutura da prática odontológica). A partir da análise dos dados apurados na pesquisa de campo, conclui-se que os intermediários tendem a determinar o preço, a forma de pagamento pelos serviços odontológicos, os requisitos para se fazer credenciamento, o tipo de registro (pessoa física ou jurídica) que o estabelecimento deve ter, ou seja, atuam como verdadeiros “patrões” dos cirurgiões – dentistas, que, progressivamente, perdem o perfil de profissionais autônomos e se transformam, sutilmente, em assalariados remunerados por produção.

ABSTRACT

The present work studies the possible existing relationships between the growth in the segment of Supplementary Health and the odontological activity in the Federal District. At first, historical and characterization approaches are made on the Supplementary Health in Brazil, the odontological practice, and the Federal District. Then, results are presented from a field work developed in the months of October and November, 2001. The interviews were held in Clinics which make use of intermediaries (Group 1), in Clinics which do not make use of that type of resource (Group 2) and in Operators of Odontological Assistance Plans (Group 3). Groups 1 and 2 were chosen from an aleatory sample, while Group 3 was built from a sample at convenience. The results showed that the adhesion of the Clinics to the Operators of Odontological Assistance Plans does not increase substantially the number of appointments of Group 1 compared to those of Group 2. The variation in the average number of appointments in those two groups made it possible to analyze the influence of the intermediary in the most relevant aspect for the functioning of a private odontological service: the flow of patients. It was also noticed that the growth of the segment of Supplementary Health affects the odontological practice more in bureaucratic aspects than in the way the component elements of the professional practice are organized (physical facilities, equipment, human resources, materials, instruments, that is, all the things that are part of the structure of the odontological practice). From the analysis of the data collected in the field work it is concluded that the intermediary tends to determine the fees, the different types of payment for the odontological services, the requirements for installment plans, type of register (individual or artificial person) that the office must have, that is, acting as real “bosses” of dentists that progressively lose their characteristic of autonomous professionals and subtly turn into employees on fee for service basis.

I. INTRODUÇÃO

O cirurgião-dentista tem exercido sua profissão, predominantemente, no setor privado. Quando trabalha como autônomo, é detentor da sua força de trabalho e dos meios de produção, e tem plena liberdade para negociar com seus pacientes o valor a ser pago pelos serviços realizados. Antigamente, o profissional que cuidava dos problemas de saúde bucal atuava de forma empírica, sem nenhum rigor formal. O que importava era ter experiência na área e ter muita habilidade manual. Os tratamentos eram, basicamente, para aliviar a sensação dolorosa, sendo, geralmente, mutiladores. O progresso científico fez com que a odontologia se desenvolvesse, saindo do empirismo e passando a adquirir base científica. Os profissionais dessa área passaram a ser formados em escolas de nível superior, sendo preparados, predominantemente, para atuarem como autônomos.

A despeito de contar com uma força de trabalho da ordem de 173.637 cirurgiões – dentistas (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2002b), sem contar os demais profissionais que integram a categoria odontológica, no Brasil os problemas básicos de saúde bucal continuam. Isso ocorre, principalmente, porque à medida que aumenta o número de cirurgiões – dentistas, também aumenta o número de pessoas que não possuem condições financeiras para realizar tratamento odontológico. Por outro lado, alguns problemas de saúde bucal passaram a ser considerados de ordem pública. A implantação da assistência odontológica nos serviços públicos trouxe a esperança de ter acesso ao tratamento odontológico para uma grande parcela da população que está às margens da oferta de serviços odontológicos no setor privado.

Considerando que saúde bucal também é saúde, a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram importantes momentos de debate sobre a ampliação do acesso aos serviços odontológicos. Observa-se, na Pesquisa de Campo deste trabalho, que mesmo profissionais que atuam no setor privado consideram que maiores investimentos no setor público são a melhor opção para ampliação do acesso aos tratamentos odontológicos. CORDÓN (1998b), em uma abordagem sobre a inserção da Odontologia no SUS, considera que a organização da prática odontológica,

além de ser influenciada pela sociedade e por aqueles que trabalham nos serviços de saúde, também está relacionada com as instituições que formam os recursos humanos em odontologia.

Hoje existe assistência odontológica tanto no setor público quanto no setor privado. No setor público, predominam serviços preventivos e mutiladores. Recentemente, houve a inserção da odontologia no programa Saúde da Família, ampliando a atuação do cirurgião - dentista e sua equipe no setor público. Contudo, a prática odontológica no setor público ainda é pouco representativa, fato demonstrado pela grande parcela da população que não possui qualquer tipo de assistência odontológica. No Distrito Federal, por exemplo, os profissionais efetivos da Secretaria de Saúde, que trabalham em Postos ou Centros de Saúde, atendem geralmente estudantes da rede pública de ensino, de 6 a 14 anos, gestantes e crianças de 0 a 6 anos que não possuem cárie. Nos hospitais, em geral, são realizadas extrações dentárias e atendimento de emergência em pacientes de qualquer idade. A equipe de saúde bucal do Programa Saúde na Família faz visitas domiciliares e atendimento primário nos Postos e Centros de Saúde, baseando – se nos endereços residenciais que pertencem à sua área de abrangência.

Atualmente, a maioria da população não tem recursos financeiros para financiar assistência odontológica no setor privado. Essa população, no Distrito Federal, é assistida pelos serviços do SUS da Secretaria de Estado de Saúde, através da Gerência de Odontologia e do Programa Saúde da Família (PSF). A prioridade da prática odontológica no setor público parece ser a prevenção, apesar de a grande maioria da população necessitar de procedimentos curativos, inclusive aquelas pessoas que estão dentro daquela faixa etária assistida.

Como local diferenciado no Brasil, no Distrito Federal existem tanto órgãos e entidades públicas (federais e distritais) quanto entidades privadas que oferecem serviços odontológicos próprios aos seus respectivos trabalhadores. Ocorre, entretanto, que a abrangência desses serviços oferecidos, geralmente, é reduzida. Nesses casos, as entidades (pública e privadas) e os órgãos públicos, geralmente, oferecem um plano de assistência odontológica na forma de um benefício para o trabalhador, caracterizado como um tipo de salário indireto. Esse benefício apresenta dimensões variáveis dependendo da instituição que o oferece. Varia desde um simples reembolso, geralmente parcial, dos honorários pagos por serviços odontológicos realizados em uma prestadora de serviços ou por profissionais autônomos escolhidos livremente, até planos de assistência odontológica que possuem uma rede de profissionais credenciados para

oferecer serviços odontológicos. No esquema de livre escolha, o paciente escolhe o profissional que deseja e o órgão público ou entidade (pública ou privada), geralmente, baseado-se em tabela própria, reembolsa o valor correspondente ao tratamento odontológico do trabalhador. Em alguns casos, em geral dependendo do custo total do tratamento, de acordo com dados desta pesquisa, há a necessidade de realização de perícia odontológica para que o reembolso seja autorizado.

Quando o reembolso não é total, geralmente, o paciente complementa o restante do honorário estabelecido pelo profissional. Quando há participação de entidades (públicas ou privadas) ou órgãos públicos na prática odontológica, com exceção do esquema de livre escolha, o profissional perde a liberdade de negociação com o paciente, submetendo-se a tabelas com valores baixos, o que tenta compensar com a expectativa de aumento do fluxo de pacientes. Para o trabalhador, esse esquema representa uma opção a mais, pois a assistência odontológica no serviço público é muito limitada e o atendimento particular, sem intermediários, é restrito a uma pequena parcela da população que possui recursos financeiros suficientes para o pagamento desse tipo de tratamento. É interessante ressaltar que o esquema de reembolso oferecido por alguns órgãos públicos e entidades favorece a realização de um atendimento particular sem intermediários, pois o profissional possui total liberdade de negociação e o paciente possui total liberdade de escolha, ou seja, neste caso é mantida, plenamente, a autonomia de negociação.

Existem também os Serviços Sociais Autônomos (SESC, SESI, SEST, SECONCI), que oferecem diversas formas de assistência odontológica para seus usuários e respectivos dependentes.

Em 1987, foi formada a Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos. Essa Comissão tinha a finalidade de organizar a prática odontológica com intermediários, pois estes começaram a impor regras de negociação impraticáveis para os cirurgiões-dentistas. Essa Comissão é composta pela Federação Interestadual dos Odontologistas, Federação Nacional dos Odontologistas, Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Federal de Odontologia. Dentre as funções desta Comissão, pode – se destacar a de atualizar a Tabela Nacional de Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos. Em 1987, foi criada a primeira Tabela Nacional de Convênios e Credenciamentos (TNCC). Hoje, essa tabela é denominada Valores Referenciais de Convênios e Credenciamentos (VRCC), editada com preços em “Real”, trazendo a média de preços nos Estados e possuindo planilhas que justificam os valores de cada

procedimento. A organização dessa Comissão representou um marco inicial na tentativa de organizar o setor de Odontologia Suplementar, que envolve três grupos: os cirurgiões-dentistas, os intermediários (operadoras) e os pacientes.

Apesar das tentativas de organização desse setor que utiliza os intermediários, começaram a surgir, na prática odontológica, empresas que vendem planos de assistência odontológica. O profissional credencia-se na esperança de aumentar o fluxo de pacientes e o paciente compra o plano na esperança de obter uma assistência odontológica satisfatória a baixo custo. Pode – se considerar que o excesso de profissionais na área odontológica favorece o desenvolvimento desses esquemas que têm desvalorizado a prática profissional. Dados desta pesquisa demonstraram que, em muitos casos, os intermediários oferecem alguns serviços odontológicos gratuitos para conquistar “clientes” que, geralmente, não possuem condições para avaliar a qualidade dos tratamentos aos quais serão submetidos. Isso estimula uma reflexão sobre a questão social da saúde como direito de todos e dever do Estado e no mercado de serviços de saúde, que tem apresentado grande crescimento.

REIS (2000) relata que, na década de 80, as classes médias passaram a ser usuárias de planos de assistência médica e os trabalhadores passaram a exigir esse tipo de salário indireto. A autora, baseando –se em informações obtidas na pesquisa de campo, considera que os planos odontológicos, por outro lado, são comercializados predominantemente em regiões de baixo poder aquisitivo e de pouca oportunidade de acesso à assistência odontológica, tanto no setor público quanto no privado. Em uma sociedade capitalista existe uma grande tendência de mercantilização do que não é mercadoria, inclusive de direitos constitucionais (saúde e educação, por exemplo).

Nesse contexto, surgem empresas que comercializam assistência odontológica e que atuam em um mercado de serviços onde há muitos cirurgiões-dentistas sem condições de desenvolver uma prática profissional satisfatória e um número grande de pessoas sem acesso ao atendimento odontológico. O principal objetivo desse tipo de intermediário, pela lógica capitalista, é obter a maior quantidade de lucro possível em uma situação em que há dois “times” de desesperados: os pobres, que formam a base da pirâmide social brasileira, e os cirurgiões-dentistas, que necessitam garantir sua sobrevivência em um mercado de trabalho saturado. ZANETTI (1999) comenta que inúmeros cirurgiões-dentistas passaram a ser lançados em um

mercado desorganizado socialmente que conduz a uma vida profissional alienada. A criação de Faculdades de Odontologia, que, na maioria dos casos, formam profissionais para atuar de forma autônoma, enfatizando procedimentos curativos, contribui para um desequilíbrio na formação de recursos humanos para uma prática odontológica que garanta saúde para o paciente e qualidade de vida para o profissional.

Em 4 de junho de 1998, foi publicada a Lei 9.656 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e em 29 de janeiro de 2000 foi publicada a Lei 9.961 (BRASIL, 2000), que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Na Lei 9.656 houve considerações sobre a prática odontológica com intermediários. Foi possível caracterizar a Assistência Odontológica Suplementar, baseando-se em definições expressas nessa Lei. Entende-se por setor de Saúde Suplementar aquele que não é financiado diretamente pelo Estado, no caso do Brasil, via SUS, e no qual ocorre participação de entidades (públicas ou privadas) ou órgãos públicos intermediando e auxiliando no processo de assistência. Dessa forma, o setor de Saúde Suplementar é composto pelos seguintes grupos: Medicina de Grupo, Cooperativas Médicas, Autogestões, Seguradoras, Administradoras e Entidades Filantrópicas. Nesses grupos pode haver assistência odontológica, mas existem os seguintes grupos, exclusivos para assistência odontológica: Odontologia de Grupo e Cooperativa Odontológica. A Odontologia Suplementar faz parte do setor de Saúde Suplementar e refere-se a toda prática odontológica não financiada diretamente pelo Estado e intermediada por órgãos públicos e entidades (públicas e privadas).

As mudanças que estão ocorrendo no mercado de trabalho do cirurgião-dentista estão relacionadas com diversos fatores. O desenvolvimento da Odontologia Suplementar favorece o surgimento de mais uma opção de trabalho “assalariado” para o cirurgião-dentista, principalmente em períodos de perda do poder aquisitivo da população. A regulação do setor de Saúde Suplementar pelo Estado é um importante aspecto que deve ser avaliado, considerando que os interesses capitalistas podem suplantar os direitos sociais. Entender as mudanças que ocorrem nas práticas profissionais possibilita avaliar o dinamismo e as contradições da realidade social na qual os profissionais estão inseridos.

II. A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

1. Histórico

No século passado, o sistema de saúde brasileiro apresentou importantes mudanças. As políticas de saúde que são desenvolvidas em cada período de governo influenciam diretamente as práticas profissionais na área de saúde. Para compreender adequadamente o significado da Saúde Suplementar no sistema de saúde brasileiro, é necessário realizar uma análise histórica, contextualizando a sua origem e o seu desenvolvimento.

MENDES (1999) faz uma abordagem dividindo o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, no século XX, em três fases: sanitarismo campanhista, modelo médico-assistencial privatista e projeto neoliberal. No início dos anos 90, que foi um período de intensa crise política e econômica, estão presentes, na arena sanitária brasileira, dois projetos alternativos em permanente tensão: o projeto neoliberal, portador de hegemonia evidente, e o projeto da reforma sanitária, considerado contra-hegemônico.

O sanitarismo campanhista vigorou desde o final do século XIX até, aproximadamente, 1965. Nesse período a economia brasileira estava voltada para exportação de produtos agrícolas, principalmente o café. O sistema público de saúde garantia políticas de saneamento dos espaços nos quais ocorria circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a exportação.

OLIVEIRA e TEIXEIRA (1984) ressaltam que, em diferentes países, o desenvolvimento de grandes companhias foi acompanhado do desejo empresarial de manter serviços de assistência médica próprios, independentes tanto das práticas médicas no setor privado quanto do setor estatal. De acordo com esses autores, as principais vantagens da existência de um serviço médico dentro da empresa são: a seleção de pessoal, o controle do absenteísmo da força de trabalho empregada, a possibilidade de obter um mais rápido retorno da força de trabalho à produção e a política de pessoal mais “atraente”. No Brasil, esse interesse das empresas surgiu junto com a industrialização. Desde o final do século XIX, algumas companhias maiores estabeleceram, no seu interior, serviços médicos próprios. O Estado liberal da época abstinha-se desse tipo de atividade. Em 1882, a Associação Industrial, organizada no

Rio de Janeiro, lançou um manifesto, escrito por Felício dos Santos, considerando que o país só sairia da crise econômica se desenvolvesse a indústria. Após a proclamação da República, no governo de Floriano Peixoto (1891-1894), houve grande incentivo para o desenvolvimento da indústria nacional, que estimulou o surgimento de novas relações de trabalho. A Primeira Guerra Mundial (1914-1918) também gerou condições para o crescimento do setor fabril brasileiro, promovendo um grande surto industrial.

O crescimento industrial fortaleceu a burguesia industrial, a classe média urbana e o operariado, que passaram a reivindicar melhores condições de vida. As contestações e pressões desses grupos, associadas aos movimentos da juventude militar do Exército (Tenentismo) e às dissidências dentro da classe dominante, geraram, no campo político, o declínio do poder das oligarquias, principalmente o das oligarquias cafeeiras. MENDES (1999) considera que o processo de industrialização, além de colocar fim ao modelo econômico agro-exportador, estimulou o aparecimento da assistência médica da Previdência Social em 1923. Nessa mesma época, foi criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, a CAP dos Ferroviários. Em 1930 já existiam 47 CAP's que davam cobertura a 142.464 beneficiários. Posteriormente, em 1933, iniciou-se na Previdência social a organização de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais. DONNANGELO (1975) afirma que, nesse período, também foram criados o Conselho Superior de Previdência Social, órgão de recurso em questões relacionadas com prestações e contribuições, e o Departamento de Previdência social, órgão de supervisão e controle geral dos Institutos, ambos do Ministério do Trabalho. Nessa época, OLIVEIRA e TEIXEIRA (1978) observam que a assistência médica da Previdência Social era prestada, predominantemente, através dos serviços próprios dos Institutos. Ainda não existiam os convênios-empresa, e o setor credenciado, nascido na década de 30, era minoritário. As empresas em geral e os fornecedores privados de serviços de saúde ainda não tinham demonstrado interesse pela política previdenciária de assistência médica.

Para uma melhor compreensão do assunto abordado neste trabalho, é importante fazer algumas considerações sobre credenciamento. DALLARI (1997) conceitua credenciamento como sendo ato ou contrato formal pelo qual a Administração Pública confere a um particular, pessoa física ou jurídica, a prerrogativa de exercer determinada atividade material ou técnica, em caráter instrumental ou de colaboração com o Poder Público, a título oneroso, remunerada

diretamente pelos interessados, sendo que o resultado dos trabalhos executados desfruta de especial credibilidade, tendo o outorgante o poder/dever de fiscalizar a atividade, podendo até mesmo extinguir a outorga, assegurados os direitos e interesses patrimoniais do outorgado inocente e de boa fé. PERRACINI (1996) caracteriza o Sistema de Credenciamento como um procedimento administrativo que visa suprir certas necessidades da Administração que só podem ser adequadamente satisfeitas mediante a contratação do maior número de interessados, respeitado o princípio da isonomia. Os interessados deverão observar um regulamento comum, que indicará a forma de atendimento daquelas necessidades. A esse regulamento será dada uma ampla publicidade. Os interessados que preencherem os requisitos fixados no regulamento do Sistema firmarão um ajuste com a Administração, que ocorre por inexigibilidade de licitação, que tem uma natureza precária (a exemplo dos convênios), e que poderá ter a sua eficácia cessada a qualquer instante, seja pela Administração ou pelos interessados, atendidos os prazos pré-fixados no regulamento. De acordo com esse autor, é aplicável ao Sistema de Credenciamento o disposto nos artigos 25 e 116 da Lei 8.666/93 (BRASIL, 1993).

Dando continuidade à abordagem histórica do tema em questão, o processo de industrialização sofre uma considerável aceleração a partir da década de 50, o que determinou intensas mudanças sociais. A massa operária teve um grande crescimento, o pólo dinâmico da economia foi deslocado para os centros urbanos e o foco do sistema de saúde deixou de ser o ambiente de trânsito de mercadorias e passou a ser a saúde do trabalhador, que era “peça” fundamental para o desenvolvimento da economia industrial. O modelo sanitarista campanhista torna-se inadequado perante todas as mudanças que aconteceram.

BRASIL¹, citado por OLIVEIRA E TEIXEIRA (1984), mostra que a temática do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar, realizados no Rio de Janeiro em junho/julho de 1955, apresentaram mudança no enfoque. Foram abordados temas do tipo: O Hospital Industrial; O Hospital face à Medicina do Trabalho; O Absenteísmo e o Hospital: reflexos econômicos na indústria; Assistência Hospitalar das Indústrias e Mutualismo; Estudo e considerações sobre o valor do tempo de permanência/dias para um hospital moderno e outros correlatos. As

¹ BRASIL. Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Hospitais. **Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e da Primeira Conferência de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 1, jun/jul. 1955.

apresentações foram realizadas por representantes do Estado e por diretores de Departamentos Médicos de empresas, como a Cia. Siderúrgica Nacional; a Cia. Brasileira de Fiação; a Esso Standard do Brasil Inc. e outros.

Em 1960, no governo do presidente Juscelino Kubistchek, é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (BRASIL, 1960), que garantia a uniformização dos benefícios. Posteriormente, em 1963, surge o Estatuto do Trabalhador Rural. No período de 1964, amplia-se o poder regulador do Estado, sendo reduzido o poder dos trabalhadores no controle da Previdência Social. Segundo OLIVEIRA e TEIXEIRA (1984), em 1964, a Previdência Social brasileira começa a realizar financiamento da assistência médica das empresas, com um convênio estabelecido entre o IAPI e a Volkswagen no qual a Previdência Social deixava de ter responsabilidade de prestar assistência médica aos empregados da instituição conveniente, que assumia essa responsabilidade. A empresa ficava dispensada de parte da contribuição para a Previdência Social.

De acordo com PIETRO (2001), o convênio não constitui modalidade de contrato. É uma forma de ajuste entre o Poder Público e entidades públicas ou privadas para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, que pode assumir várias formas, como repasse de verbas, uso de equipamentos, de recursos humanos, de materiais, de imóveis, de *know-how* e outros. No convênio não se estabelece preço ou remuneração. As verbas públicas repassadas continuam sendo dinheiro público, o que obriga a entidade conveniada a prestar contas de sua utilização tanto para o ente repassador quanto para o Tribunal de Contas da União. O convênio está disciplinado pelo art. 116 da Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993). SZKLAROWSKY (2000) ressalta que no contrato os interesses das partes são divergentes. No convênio, os signatários do documento, denominados *participes*, associam-se para a execução de um objeto. Nessa situação os *participes* possuem interesses convergentes. PIETRO (1999) considera que, geralmente, quando o Poder Público realiza convênio com entidades privadas, é para estabelecer uma cooperação ou para incentivar ou ajudar um particular a prestar determinada atividade. Nesse caso, o convênio serve mais para atividade de fomento, ou seja, atividade administrativa de incentivo à iniciativa privada de utilidade pública.

Os convênios-empresa representaram uma conquista dos empresários, acrescentado-se a isso a ocorrência de um afastamento dos trabalhadores do centro de decisão política da

Previdência Social. Em 1966, ocorre a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Configura-se uma nova fase no sistema de saúde brasileiro: a fase do modelo médico-assistencial privatista. Nessa mesma época, OLIVEIRA e TEIXEIRA (1984) relatam que nasceram a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

BAHIA (1999) considera que os trabalhos sobre o empresariamento da medicina relacionam as mudanças na organização privada dos serviços de saúde às políticas previdenciárias implantadas após a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões. A Previdência é transformada no maior comprador de serviços médicos do país. A subordinação da produção de atividades assistenciais à lógica da remuneração por produção favorece o desenvolvimento de várias modalidades de privatização da assistência médica. Tanto o produtor privado isolado (hospitais, laboratórios, etc) quanto os grupos médicos que criam empresas para a prestação de serviço a outras empresas apresentam expressivo desenvolvimento nesse período.

MENDES (1999) relata que na década de 70 houve uma ampliação do âmbito de ação da Previdência Social (inclusão dos trabalhadores domésticos, dos autônomos e do trabalhador rural, por exemplo), mas ficava evidente um aspecto discriminatório da política de saúde, considerando as diferenças encontradas no acesso à assistência à saúde garantida pela Previdência Social. A expansão da clientela da Previdência Social favoreceu o desenvolvimento do setor privado, que recebia incentivos do poder público na forma de contratos e credenciamentos, recebendo por serviços prestados, e convênios recebendo subsídio fixo. Em 1974, a implantação do Plano de Pronta Ação, no governo do presidente Ernesto Geisel (1974 – 1979), favoreceu o crescimento de uma nova modalidade assistencial: a medicina de grupo, viabilizada pelo convênio-empresa. Esse tipo de convênio viabilizou o nascimento e desenvolvimento do subsistema, que seria hegemônico na década de 80: o da saúde suplementar. O Plano de Pronta Ação universalizou a atenção às urgências. MENDES (1999) afirma que o PPA reorganizou as relações da Previdência Social com diferentes prestadores através de formas de pagamento distintas: contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo.

A base jurídico-legal do sistema de saúde vigente nos anos 70 foi dada pela Lei 6.229 (BRASIL, 1975), que institucionalizou o modelo médico-assistencial privatista, pela Lei 6.439

(BRASIL, 1977), que criou o Sistema Nacional da Previdência Social e pela Constituição Federal de 1967-69 (BRASIL, 1967). Parcelas expressivas da população eram excluídas da assistência à saúde nesse período. A insatisfação de alguns grupos começou a criar os alicerces político-ideológicos da reforma sanitária. BAHIA (1999) considera que por volta de 1975 ocorreu uma ruptura do padrão de financiamento que a Previdência Social concedia às empresas médicas, o que ocasionou uma autonomização² da comercialização de planos de saúde.

MEDICI (1989) Relata o surgimento de um setor autônomo em relação ao setor público. Ao redor desse novo setor estava o INAMPS, estatal e universalizante, e o setor privado, liberal e privatista. Esse autor considera que “o modelo de atenção à saúde no Brasil nasceu e se desenvolveu, até os anos 70, nos marcos do “previdencialismo alemão”.

MEDICI (1989, p. 17) refere-se ao sistema de saúde brasileiro considerando que :

O movimento da Reforma Sanitária tem lutado por mudanças para que o modelo assistencial brasileiro venha a se inspirar no universalismo inglês, canadense ou quicá cubano. Mas a realidade faz com que esse sistema seja cada vez mais americano, onde a grande maioria da população paga por formas privadas de atenção médica ... enquanto que segmentos pauperizados são atendidos através de programas como o Medicaid.

FAVARET e OLIVEIRA³, citados por BAHIA (1999), consideram que surgiu no Brasil, na década de 80, um modelo liberal privatista de assistência à saúde que favoreceu o aparecimento do fenômeno da universalização excludente, que acompanhou o processo de implementação do SUS. O atendimento público de saúde era voltado para a população mais carente e resistente aos mecanismos de racionamento.

FAVARET e OLIVEIRA (1990, p. 276) referem – se à universalização excludente da seguinte forma:

A “universalização excludente” pode alcançar, na prática, a sua função redistributiva à medida que a resistência que os grupos “de cima” poderia opor à atenuação das barreiras à entrada no sistema foram sendo contornadas pela viabilização do acesso desses segmentos ao subsistema privado de saúde. Tais segmentos foram reduzindo cada vez mais suas expectativas quanto ao atendimento público, passando a ter como referencial efetivo o subsistema privado. É neste momento que o sistema finalmente se acomoda : a expulsão

² Autonomização refere-se a um processo de aquisição de autonomia, ou seja, capacidade de governar por si mesmo.

³ FAVARET, P. F^o & OLIVEIRA, P.J. de. A universalização excludente – reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados*, v. 33, n. 2, p. 257 – 283, 1990.

É mencionado, na Carta Magna, a possibilidade de participação de instituições privadas, de forma complementar, no SUS, mediante contrato de direito público ou convênio.

Atualmente, existe uma grande confusão em distinguir complementar de suplementar e convênio de contrato. Tentar-se-á esclarecer os dois primeiros termos, pois os dois últimos já foram abordados anteriormente. Inicialmente, é importante considerar que bem antes de surgir a idéia de um Sistema Único de Saúde já existiam entidades privadas credenciadas, contratadas ou conveniadas com a Administração Pública. Seria irreal esquematizar um Sistema Único de Saúde no qual fosse permitida a participação apenas do setor público. Existia um sistema de saúde que seria adaptado de acordo com as normas operacionais do SUS.

Participar de forma complementar no SUS significa estar integrado ao Sistema, recebendo verbas e atuando de acordo com as suas diretrizes (BRASIL, 1990a). Na Constituição Federal (BRASIL, 1988) é dada preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos para participarem de forma complementar no SUS. O racionamento financeiro que ocorre na área de saúde tem contribuído para um movimento de retirada das melhores entidades privadas que fazem parte do Sistema Único de Saúde. Isso acaba contribuindo para uma queda na qualidade dos serviços do SUS e para uma ampliação dos serviços no setor de Saúde Suplementar. A Saúde Suplementar não recebe verba direta do SUS e possui baixa regulação do Estado. A expansão desse setor ocorre em função da perda de qualidade do setor público.

Os trabalhadores, em suas reivindicações, exigem plano de saúde ao invés de melhorias no SUS. É importante ressaltar que nem sempre é necessário reivindicar esse benefício, pois sua ocorrência, em alguns casos, é natural. Algumas entidades privadas que integravam o SUS na forma complementar estão entrando no setor suplementar, para onde existe também um fluxo de pacientes que não se submetem aos serviços oferecidos pelo SUS. A população que frequenta os serviços públicos de saúde possui baixa atividade reivindicatória, o que não contribui para uma melhoria desses serviços/. Paulatinamente, o modelo médico-privatista vai sendo substituído pelo projeto neoliberal de saúde que, no final dos anos 80, era composto por três subsistemas: o de alta tecnologia, o de atenção médica supletiva e o público.

Paralelamente a esses subsistemas, manteve – se presente um subsistema, de caráter privado e representado pelo mercado de desembolso direto de pessoas, no qual os profissionais trabalham como autônomos ou em sociedade. É importante ressaltar que existe uma conjunção

de interesses entre o setor de alta tecnologia e o de saúde suplementar, de forma que o primeiro subsidia o segundo na assistência à saúde que envolve alta tecnologia. O Estado participa no financiamento tanto das instituições públicas quanto das instituições privadas que fazem parte do setor de alta tecnologia.

3. A Política de Saúde Suplementar

Atualmente, a Assistência de Saúde Suplementar corresponde a uma parte significativa do mercado de serviços privados na área de saúde. GOUVEIA⁴, citado por MENDES (1999), considera que esse subsistema se beneficia da “universalização excludente”, dando cobertura, em 1989, a 22% da população total do país. Pode-se considerar que essa porcentagem engloba pessoas com algum tipo de renda e seus respectivos dependentes. ALMEIDA (1998) considera que, na última década, este tipo de assistência apresentou crescimento expressivo, o qual ocorreu paralelamente à implantação do Sistema Único de Saúde. Nesse período, o setor privado passou a ser requisitado para o desempenho de funções que liberassem o Estado das funções assistenciais e até das fiscais. Os conflitos entre os diversos atores que participam da assistência de saúde suplementar também se intensificaram nesta época, acelerando o processo de regulamentação específica. Por um lado, estavam os consumidores que, insatisfeitos com a elevação dos preços e com as restrições de cobertura dos planos de saúde, vinham acionando as entidades de defesa do consumidor, o poder judiciário e os meios de comunicação. A elevação dos preços ocorreu inclusive em períodos de estabilização econômica. Por outro lado, existiam demandas do próprio governo de reformulação do setor de seguros que rebatiam como pontos específicos na agenda de regulamentação dos planos e seguros privados de saúde.

MONTONE (2000) considera que o setor de Saúde Suplementar operou ao longo de mais de trinta anos fora da esfera de controle do Estado. De acordo com dados do IBGE, uma quarta parte da população brasileira, aproximadamente, está envolvida com esse setor, no qual há uma movimentação financeira anual na faixa de 23 bilhões de reais. Apesar dessas

⁴ GOUVEIA, L. R. de. **Planos de assistência médica, evolução do mercado, tendências**. Towers Perrin, mimeo, 1990.

observações, nesse período, o setor de Saúde Suplementar esteve agindo de acordo com sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem ocorrer qualquer tipo de interferência governamental.

No início dos anos noventa, houve as primeiras tentativas de regulamentação desse setor, contudo o setor de Saúde Suplementar passou a integrar a agenda da sociedade e do governo apenas em 1997. O resultando foi a regulamentação ocorrida em junho de 1998, processo intensificado após a efetiva implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em abril do ano 2000.

A dificuldade existente na obtenção de informações confiáveis sobre o setor de saúde suplementar dificulta, mas não tem impossibilitado, a realização de estudos diversos nessa área. Muitas pesquisas têm sido desenvolvidas com um enfoque exploratório, ou seja, inicialmente é importante conhecer o “terreno” e verificar suas potencialidades para que, posteriormente, seja possível saber qual o tipo de “plantação” e “adubo” serão mais adequada para esse “pedaço de terra”, para que se possa ter boa “colheita”.

MONTONE (2000) analisou o perfil do usuário do setor de Saúde Suplementar, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. Nesse ano, estimou-se que 38,7 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos privados de assistência à saúde, sendo a distribuição geográfica dessa população extremamente concentrada na zona urbana (95%). Em relação à distribuição da população por faixa de rendimentos, 52% dos beneficiários do setor de Saúde Suplementar possuem renda média familiar inferior a 10 salários-mínimos. A população feminina usuária de plano privado de assistência à saúde é majoritária (54%) e a parcela da população com menos de 40 anos representa 2/3 do total de usuários (67%) desses planos.

A primeira etapa do processo de regulamentação foi caracterizada pela fixação do marco legal. As publicações da Lei 9.656 (BRASIL, 1998), em 4 de junho de 1998, e da Medida Provisória⁵ 1.665 (BRASIL, 1998), em 5 de junho de 1998, iniciaram o processo de

⁵ MORAES (2000) considera que o antecedente das atuais medidas provisórias é o antigo decreto-lei, instrumento legislativo usado abusivamente pelo Presidente da República. O art. 62 da Constituição Federal está relacionado com a utilização das medidas provisória.

regulamentação do setor de Saúde Suplementar, após vários anos de debate no Congresso Nacional.

Nessa primeira fase ficou estabelecido que o Ministério da Fazenda, representado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), seria responsável por aspectos econômico-financeiros relacionados com as operadoras. O Ministério da Saúde, representado pelo Conselho Nacional de Saúde suplementar (CONSU) e pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/ Departamento de Saúde Suplementar (DESAS) assumiu a responsabilidade em supervisionar o produto⁶ oferecido como um tipo de assistência à saúde.

De acordo com o artigo 6º da Resolução Nº XX/98 do CNSP (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), que regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências, as operadoras do mercado privado de assistência à saúde são classificadas nas seguintes modalidades:

A. Operadoras de seguros de saúde: são exclusivamente as seguradoras, constituídas conforme legislação específica para a atividade de seguros, e que oferecem obrigatoriamente o reembolso das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas em todos os seus planos do ramo saúde;

B. Operadora de planos de saúde: são empresas, constituídas sob quaisquer formas jurídicas, que comercializam planos de assistência à saúde, atuando nessa atividade, podendo fornecer adicionalmente prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos diretos ou indiretos;

C. Operadoras de planos odontológicos: são empresas constituídas sob quaisquer formas jurídicas que comercializam planos odontológicos, atuando exclusivamente nessa atividade, podendo fornecer a prestação direta ou indireta de serviços odontológicos;

D. Operadora de autogestão principal: são empresas que atuam em quaisquer atividades, que oferecem planos de assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, seus respectivos grupos familiares, limitados ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou

⁶ No Setor de Saúde Suplementar, produto são os planos de assistência à saúde, que podem ou não incluir assistência odontológica, e os planos exclusivos de assistência odontológica comercializados pelas operadoras.

ainda associações nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;

E. Operadoras de autogestão derivada: são as entidades de classes, sindicatos ou associações, não abrangidas no item “D”, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;

F. Empresas administradoras de planos de saúde: são operadoras que administram planos assistência à saúde, financiados por quaisquer empresas, sem assumir os riscos dos sinistros. (grifos da autora)

De acordo com MONTONE (2000), a segunda etapa do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999 e apresentou dois movimentos importantes:

1. A introdução do conceito legal de Plano Privado de Assistência à Saúde para enfrentar a discussão de inconstitucionalidade da inclusão das seguradoras no universo de regulação. O setor de seguros era submetido à legislação específica, o que gerou o questionamento se havia legalidade na inclusão desse setor na esfera de abrangência da regulação. A abrangência da regulação foi dada pelo tipo de produto e não pelas características das empresas ou das entidades que o oferecem. Isso acarretou várias mudanças na legislação, inclusive quanto à exigência de que as seguradoras se reorganizassem como operadoras de planos de saúde para que pudessem continuar atuando no setor.

2. A definição do Ministério da Saúde, representado pelo Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), como único responsável pelos dois níveis da regulação do setor de saúde suplementar: o econômico-financeiro e o de assistência à saúde.

A terceira etapa do processo de regulação foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), viabilizada pela Medida Provisória 1.928 (BRASIL, 1999) de 25 de novembro de 1999, que em 28 de janeiro de 2000 foi convertida na Lei 9.961 (BRASIL, 2000). Essa Agência assumiu as atribuições da SAS/DESAS quanto ao setor de saúde suplementar. A Câmara de Saúde Suplementar ficou vinculada a esse novo órgão do Ministério da Saúde.

A existência de uma agência reguladora no setor de saúde suplementar é de grande importância para a organização desse setor. Atualmente, existem cinco agências reguladoras: a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), a Agência Nacional do Petróleo (ANP), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), todas criadas no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

MONTONE (2000) destaca três aspectos importantes das agências reguladoras:

1. Poder regulador definido em lei;
2. A autonomia administrativa;
3. A autonomia financeira.

Em 3 de junho de 1998 foi aprovada a Lei 9.656 (BRASIL, 1998), que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A Medida Provisória 1.928 (BRASIL, 1999), de 25 de novembro de 1999 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, que tem como finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. PIOLA *et al.* (2001), estudando o Sistema de Saúde Brasileiro, consideram que a quantidade de pessoas vinculadas a planos e seguros de saúde deverá aumentar nesta década, que os usuários ficarão satisfeitos com as medidas de regulação do setor de planos e seguros de saúde e que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), como órgão regulador, terá boa atuação como fiscalizadora de operadoras, controladora de preços, mas não impedirá o predomínio das grandes empresas de assistência médica suplementar sobre as de menor porte.

De acordo com a RDC nº 39 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), de 27 de outubro de 2000 da ANS, as operadoras de planos de saúde são classificadas da seguinte forma:

A. Administradoras: empresas que administram planos ou serviços de assistência à saúde. Quando administram planos, são financiadas pela operadora, não assumem o risco decorrente da operação dos planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos;

B. Cooperativa Médica: Cooperativa que opera Planos Privados de Assistência à Saúde;

C. Cooperativa Odontológica: Cooperativa que opera, exclusivamente, Planos Odontológicos;

D. Autogestão: é a modalidade na qual órgãos públicos⁷, entidades da Administração Pública Indireta⁸ e empresas privadas operam serviços de assistência à saúde ou que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde⁹, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, desde que estejam dentro do limite do terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a pessoas, com seus respectivos dependentes, vinculadas a associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados;

E. Medicina de Grupo: São classificadas nessa modalidade as empresas ou entidades que operam Planos de Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se as Administradoras, as Cooperativas Médicas, as Autogestões e as Entidades Filantrópicas. ALMEIDA (1998) define Medicina de Grupo como sendo empresas médicas que administram planos de saúde para órgãos públicos entidades, empresas privadas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. A estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados. O acesso à rede própria ou credenciada é livre e, nos planos mais caros, é previsto o uso de serviços não credenciados, sendo concedido ressarcimento dos gastos, baseado em valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH), o que não garante reposição total das despesas realizadas pelo usuário do plano de saúde;

⁷ De acordo DI PIETRO (2001), os órgãos são círculos de atribuições, são feixes individuais de poderes funcionais repartidos no interior da personalidade estatal e expressados através dos agentes neles providos. O órgão não possui personalidade jurídica própria.

⁸ De acordo com DI PIETRO (2001), são entidades da Administração Pública Indireta : Autarquias, Fundações Públicas, Empresas Públicas e Sociedade de Economia Mista. Essas entidades possuem personalidade jurídica própria.

⁹ A critério da autora, observa –se que, às vezes, a assistência odontológica é incluída nesse Plano de Saúde. É comum as autogestões possuírem serviços odontológicos próprios.

F. Odontologia de Grupo: são empresas que administram, exclusivamente, Planos Odontológicos para órgãos públicos, entidades, empresas privadas, indivíduos e famílias. A estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados;

G. Filantropia: são entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido certificado de Entidade Filantrópica fornecida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal fornecida pelo Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto Órgãos dos governos Estaduais e Municipais. Na prática, entretanto, observa – se que as entidades filantrópicas operam em parceria com seguradoras, seguindo a mesma lógica das operadoras com fins lucrativos.

Atualmente, de acordo com a Lei 9. 656 (BRASIL, 1998), as **Seguradoras** também são classificadas como um tipo de operadora. A RDC nº 65 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), de 24 de abril de 2001, aborda alguns aspectos das Sociedades Seguradoras especializadas em saúde.

É importante ressaltar que, neste trabalho, o termo **cooperativa** está de acordo com o que está disposto na Lei 5.764 (BRASIL, 1971), de 16 de dezembro de 1971. Nessa norma define - se cooperativa como sendo uma sociedade de pessoas, com forma e natureza jurídica própria, de natureza civil, não sujeita à falência, constituída para prestar serviços aos associados. As características que diferenciam as cooperativas das demais sociedades são:

- a. Adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- b. Variabilidade do capital social representado por quotas - partes;
- c. As quotas - partes, para cada associado, são limitadas, entretanto é facultado o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
- d. Incessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;

- e. Singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- f. O *quorum* para o funcionamento e para deliberação da Assembléia Geral é baseado no número de associados e não no capital;
- g. Retorno das sobras líquidas do exercício, de forma proporcional às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;
- h. Indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;
- i. Neutralidade política e ausência de discriminação religiosa, racial e social;
- j. Prestação de assistência aos associados e, quando estiver previsto no estatuto, aos empregados da cooperativa;
- k. Área de admissão de associados limitada de acordo com as possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços. Os participantes da sociedade cooperativa (cooperados), se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro.

A Lei 4.137 (BRASIL, 1962), de 10 de setembro de 1962, que regula a repressão ao abuso do poder econômico, faz a seguinte consideração sobre empresas:

Art. 6º . Considera-se empresa toda organização de natureza civil ou mercantil destinada à exploração por pessoa física ou jurídica de qualquer atividade com fins lucrativos.

De acordo com VIEIRA (1980a), as Sociedades têm finalidade econômica e podem ser Civis ou Comerciais, conforme civil ou comercial as suas atividades. As Sociedades Comerciais são constituídas para a prática habitual da mercancia. As sociedades Civis têm finalidade econômica, prestam serviços, mas não praticam atos de comércio. Mesmo que venham a praticar, eventualmente, atos de comércio, tal fato não altera a natureza civil dessas sociedades, pois o que se considera é a atividade principal por elas exercida. Se um Sociedade Civil vier a praticar o comércio rotineiramente, independentemente de haver prestação de serviços, ela será considerada uma Sociedade Comercial.

A Entidade Filantrópica é uma Sociedade Civil sem fins lucrativos, mas nem toda Sociedade Civil sem fins lucrativos é Filantrópica. Tem – se como exemplo o caso das entidades voltadas para o esporte, cultura, lazer, pesquisa, e outros correlatos. Por outro lado, uma entidade pode ter ações voltadas para a filantropia sem ser filantrópica, ou seja, o seu objeto é outro. O Decreto nº 2.536 (BRASIL, 1988), de 6 de abril de 1998 regulamenta a concessão e renovação do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), de que trata o inciso IV do art. 18 da Lei 8.742 (BRASIL, 1993), de 7 de dezembro de 1993, denominada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

De acordo com a Resolução nº 177 (CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, 2000), de 10 de agosto de 2000, do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão instituído pelo art. 17 da LOAS, considera-se Entidade Beneficente de Assistência Social a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que atue da seguinte forma:

1. Protegendo a família, a maternidade, a infância, a adolescência e a velhice;
2. Amparando crianças e adolescentes carentes;
3. Promovendo ações de prevenção, habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiências; promovendo, gratuitamente, assistência educacional ou à saúde;
4. Promovendo a integração ao mercado de trabalho;
5. Promovendo o atendimento e o assessoramento aos beneficiários da Lei Orgânica de Assistência Social e a defesa e garantia dos seus direitos.

O certificado de Entidade de Fins Filantrópicos será concedido para a Entidade Beneficente de Assistência Social que cumprir os requisitos estabelecidos por essa Resolução. É importante ressaltar que dentre os requisitos citados no art. 3º desse ato administrativo normativo, é mencionado, no inciso IV, que a entidade beneficente tem que ser declarada de utilidade pública.

III. A PRÁTICA ODONTOLÓGICA

1. Histórico

Existem relatos históricos de que inicialmente a odontologia era exercida por diferentes tipos de profissionais. Os primeiros terapeutas dentais foram médicos, sendo que na idade média os “cirurgiões-barbeiros” europeus se especializaram no tratamento dos dentes. Antigamente, a prática odontológica era extremamente empírica. Com o passar do tempo, alguns profissionais foram se especializando no tratamento de problemas relacionados com a cavidade oral. Começou, então, a surgir uma nova área de conhecimento. No século XVIII, o francês Pierre Fouchard, por meio de seu grande tratado *Le Chirurgien Dentiste*, estabeleceu princípios científicos que caracterizaram a Odontologia como uma verdadeira profissão (RING, 1998).

A tecnologia e a ciência aplicadas à Odontologia possibilitaram o desenvolvimento de inúmeras possibilidades de tratamento, mas a estrutura do atendimento odontológico foi ficando com o custo cada vez mais elevado. As variadas técnicas desenvolvidas exigem materiais, instrumentais e equipamentos adequados para a sua realização. Dessa forma, não é difícil perceber que o tratamento foi ficando cada vez mais caro e restrito a uma parcela da população que possuía condições financeiras suficientes para gastos com serviços odontológicos. O cirurgião-dentista, que no passado vivenciou, inclusive, a experiência como ambulante, fixou-se em um determinado ponto comercial para estruturar o seu consultório que, diferentemente do consultório médico, exigia especial estrutura, pois o atendimento odontológico, desde aquela época, já envolvia procedimentos individuais de intervenção na boca dos pacientes.

A prática odontológica no Brasil desenvolveu-se como sendo uma atividade paralela aos serviços médicos, tanto no setor público quanto no privado. Enquanto a medicina entrou em um processo de socialização, principalmente com o desenvolvimento do conceito de saúde como direito, a odontologia se manteve durante muitos anos no setor privado, sendo exercida predominantemente como uma atividade autônoma¹⁰. CORDÓN (1998b) ressalta que o trabalho

¹⁰ FAGUNDES (1997) considera que trabalhador autônomo é um empregado que não tem patrão, não sendo subordinado a ninguém, recebendo honorários, em vez de salários, pelos serviços prestados. Esse tipo de trabalhador pode assinar contrato para realizar prestação de serviço. A Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943) não oferece amparo para essa categoria de profissionais. As dúvidas que surgirem sobre a atividade autônoma devem ser resolvidas na Justiça Comum.

odontológico atual é fortemente dependente dos avanços tecnológicos da sociedade. Os equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentais usados na prática odontológica apresentam níveis crescentes de sofisticação, o que eleva os custos do trabalho odontológico e dificulta a sua expansão.

BEUX (1979) considera ser profissional liberal aquele que, possuindo um título profissional, alcançado por meio de um currículo escolar, regularmente desenvolvido e legalizado, que possibilita o exercício de uma especialidade profissional, no campo científico ou artístico, de acordo com os conhecimentos de que é portador, respeitando as disposições da lei e os princípios éticos, sendo responsável pelos atos que pratica.

O profissional liberal pode prestar serviços como autônomo, como empregado, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), ou como Servidores Públicos, regidos pela Lei 8.112 (BRASIL, 1990b), de 11 de dezembro de 1990. A atividade do profissional liberal pode ser exercida como pessoa física na forma de autônomo ou prestando serviço a pessoa jurídica de direito público ou privado, sendo que neste caso a responsabilidade profissional é do profissional liberal em questão.

BEUX (1979, p.28) caracteriza profissional liberal da seguinte forma:

Profissional liberal é todo indivíduo que, sendo possuidor de diploma de graduação de um curso regular e oficial, e habilitação legal, exerce a sua atividade livremente, no campo da ciência e da arte, dentro das disposições legais e princípios éticos, cujas funções e atribuições estão estabelecidas pelo respectivo currículo escolar, as quais por lei, lhe são inalienáveis e inerentes à sua especialidade

O profissional liberal pode desempenhar sua atividade por meio de um vínculo empregatício, com subordinação hierárquica, mas deve ser sempre mantida a sua liberdade profissional. COSTA (1987, p. 9) faz a seguinte abordagem sobre o profissional liberal:

O profissional liberal se caracteriza pela prestação de uma atividade intelectual em regime de autonomia técnica e hierárquica. O dado essencial, contudo, da autonomia, é o da discricionariedade da execução técnica. Se esta última ocorrer, é possível aceitar-se que a subordinação hierárquica ao empregador não desnatura o conceito de profissional liberal.

O exercício profissional da Odontologia no Brasil foi regulamentado pela Lei 5.081 (BRASIL, 1966), de 24 de agosto de 1966. Na década de 80, a prática odontológica começou a

sofrer as principais alterações que caracterizariam o novo perfil da profissão nos anos seguintes: crescimento do número de especialistas, surgimento de intermediários na negociação entre profissional e paciente, a proliferação de “Clínicas Odontológicas” e de cirurgiões – dentistas consultores e o desenvolvimento do conceito de saúde bucal coletiva.

Houve, na realidade, uma proliferação de consultórios odontológicos registrados como pessoa jurídica, que foram classificados como “Clínicas”. Na prática são consultórios particulares, ou seja, a estrutura do estabelecimento é adequada para o atendimento individual havendo apenas uma cadeira odontológica instalada, acompanhada dos demais equipamentos básicos de um consultório odontológico (autoclave, fotopolimerizador, amalgamador e outros). A Clínica odontológica propriamente dita é estruturada para atender mais de um paciente simultaneamente, ou seja, possui mais de uma cadeira odontológica.

Em relação a essa última alteração GARRAFA¹¹, citado por NARVAI (2002), considera que a odontologia terá que deixar de ter um papel passivo na sociedade, indo ao encontro das necessidades populacionais. O novo cirurgião-dentista deverá estar apto tanto para comandar a sua área profissional como para participar de equipes de saúde, trabalhando com o objetivo de proporcionar saúde bucal ao indivíduo, isolado ou coletivamente. Em 16 de julho de 1983, foi aprovado o Código de Ética Odontológico pela Resolução nº 151 do Conselho Federal de Odontologia (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1983), que foi revogado, em 19 de dezembro de 1991 pela Resolução nº 179 daquela Entidade (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1991). À medida que a profissão foi se desenvolvendo foi surgindo uma necessidade de organização que viabilizasse uma prática profissional adequada tanto para os profissionais quanto para os pacientes.

CORDÓN (1998a), falando sobre a construção histórica do conceito de Odontologia em Saúde Coletiva, comenta sobre os momentos de ruptura epistemológica pelos quais a prática odontológica passou. A **primeira ruptura** foi quando houve a formação da primeira Faculdade de Odontologia, em Baltimore, em 1840. Nesse momento, a Odontologia sai do âmbito popular e começa a crescer para si mesma. Esse movimento faz com que ocorra uma exclusão na relação social dos cirurgiões-dentistas, sendo desenvolvida uma prática odontológica orientada para os que tinham condições de pagar por uma assistência odontológica caracterizada, principalmente,

¹¹ GARRAFA, Volnei. *Contra o monopólio da Saúde*. Rio de Janeiro – RJ: Achiamê, 1983. 143 p.

por procedimentos curativos. A **segunda ruptura** ocorreu, no século XX, nas décadas de 40 e 50, quando surgiu uma visão funcional da Odontologia em Saúde Pública. A existência de uma grande quantidade de pessoas com problemas odontológicos começou a preocupar profissionais da área de saúde, principalmente os da área odontológica, fazendo com que surgisse uma filosofia preventiva associada ao uso do flúor, a nível sistêmico e tópico, graças ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), mais tarde (1960) transformado na Fundação SESP e que recentemente, em decorrência da fusão com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) gerou a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). A prevenção, viabilizada pelo emprego do flúor, obteve excelentes resultados, pois o CPO - D¹² apresentou grande redução após o emprego do flúor em saúde pública. A **terceira ruptura** ocorreu na década de 60, quando ocorre o surgimento da desmonopolização do conhecimento, a simplificação dos procedimentos e a inclusão da prevenção na prática odontológica. A prática odontológica passa a ter um significado social, na medida em que é desenvolvida visando ampliar o acesso das pessoas ao atendimento odontológico. No início da década de 70, foi criado o primeiro curso de especialização em Saúde Pública para cirurgiões – dentistas na Faculdade de Saúde Pública da Universidade Federal de São Paulo (USP). Surge, nesse período, uma filosofia empresarial na prática Odontológica. Paralelamente ocorre o desenvolvimento da utilização de pessoal auxiliar em Odontologia. A **quarta ruptura** representa o momento atual, que está relacionado com o desenvolvimento da Saúde Bucal Coletiva. Esse tipo de prática é caracterizado pela universalidade, equidade e integralidade de atenção em Saúde Bucal. Esse é um momento em que a Saúde Bucal passa a ser considerada um direito constitucional e, como tal, deve ser promovida para todos os cidadãos, de acordo com as suas necessidades específicas.

Nos últimos anos houve um grande aperfeiçoamento tecnológico na estrutura do consultório odontológico. As indústrias de equipamentos, instrumentos e materiais odontológicos possuem sempre alguma novidade para viabilizar técnicas novas, que são desenvolvidas visando a solução de problemas da área odontológica. Nesse contexto, coexistem duas situações aparentemente contraditórias: muitos cirurgiões-dentistas sem pacientes e muitos

¹² PINTO (2000) considera que o índice CPO-D corresponde à quantidade de **Dentes, Cariados, Perdidos e Obturados**, em um indivíduo e na sociedade. O termo mais adequado seria Restaurados em vez de Obturados, mas optou-se por não alterar o nome do índice.

pacientes sem assistência odontológica. Por fim, nessa realidade, as indústrias que dão suporte à área odontológica são as únicas que crescem de forma permanente.

A **estrutura** da prática odontológica determina diretamente os tipos de procedimentos que podem ser realizados no ambiente de trabalho dos profissionais que atuam em odontologia. Essa estrutura corresponde à forma como se organizam os elementos componentes da prática profissional. Engloba o espaço físico, equipamentos, recursos humanos, os instrumentais, os materiais, enfim, tudo que está relacionado com o esquema de trabalho do cirurgião – dentista em um determinado lugar. A estrutura da prática odontológica apresenta grande variabilidade e depende diretamente dos recursos financeiros disponíveis para estruturação de um serviço odontológico, tanto no setor público quanto no privado.

Os diversos tipos de relações humanas que se desenvolvem dentro da estrutura da prática odontológica são caracterizados como **processos** dessa prática. Quando o profissional trabalha sozinho em seu consultório, por exemplo, além de realizar os procedimentos específicos da odontologia, terá que administrar todos os serviços do consultório de forma que tenha condições de atender adequadamente o seu paciente no momento da consulta. CORDÓN (1999) comenta que, apesar de predominar, no Brasil, a forma de trabalho individualizado do cirurgião-dentista, parece haver uma forte tendência para o trabalho associado. De acordo com o mesmo autor, além do exercício profissional associado, há também uma tendência à especialização, relacionada fortemente com a evolução técnico-científica da profissão. Em 1968, a Radiologia foi a primeira especialidade odontológica reconhecida pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Odontologia, pois, nessa época, ainda não existia o Conselho Federal de Odontologia. Em CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (2002a), verifica – se, atualmente, a existência de dezenove especialidades odontológicas reconhecidas pelo CFO: Cirurgia e Traumatologia Buco – Maxilo – Faciais; Dentística; Disfunção Têmporo – Mandibular e Dor Orofacial; Endodontia; Estomatologia; Imaginologia Dento – Maxilo – Facial; Implantodontia; Odontologia Legal; Odontologia do Trabalho; Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais; Odontogeriatrics; Odontopediatria; Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Patologia Bucal; Periodontia; Prótese Buco – Maxilo – Facial; Prótese Dentária; e Saúde Coletiva. A especialização traz soluções para situações em que os conhecimentos básicos de um Clínico Geral são limitados. Por outro lado, na tentativa de

solucionar um problema de saúde bucal, o paciente pode ter que recorrer a vários profissionais, de diferentes especialidades, para que, finalmente, tenha o seu caso resolvido. O benefício do conhecimento especializado pode gerar um desgaste físico para o paciente, que não possui mais o “seu” dentista, mas vários especialistas. A relação do paciente com o profissional especialista é mais superficial, considerando que, geralmente, o paciente só procura o especialista para resolver uma questão específica, que, na maioria dos casos, não exige várias consultas.

A forma de pagamento pelos serviços odontológicos realizados influi diretamente nos processos da prática odontológica. No setor privado, nas relações profissionais sem vínculo empregatício, o pagamento pelos serviços prestados pode ser direto ao profissional, ocorrendo uma livre negociação entre as partes envolvidas, ou indireto. Neste caso, existe algum tipo de intermediário entre o paciente e o cirurgião-dentista. A negociação financeira, geralmente, segue as regras estabelecidas por esse intermediário.

Existem ainda empresas privadas, ou melhor, Clínicas Odontológicas que contratam cirurgiões-dentistas e oferecem diversas modalidades de tratamentos, podendo ou não trabalhar com intermediários (operadoras). Entretanto, o que é mais freqüente nesse tipo de estabelecimento é a prestação de serviços por cirurgiões-dentistas consultores e/ou o arrendamento. Em ambas situações o profissional ganha seus honorários por produção, sendo que na primeira situação o profissional é requisitado eventualmente para prestar serviços, enquanto que na segunda situação o profissional freqüenta constantemente a Clínica, em horário definido, para realizar atendimento odontológico.

Os cirurgiões-dentistas que são servidores públicos ou empregados possuem uma renda fixa e não estabelecem relação de negociação com os pacientes. Nessas situações, o profissional “vende” a sua força de trabalho, garantindo um rendimento constante, sem ter a preocupação de financiar a estrutura do serviço odontológico no qual irá trabalhar. A garantia de um rendimento fixo é importante para esses profissionais em tempos de instabilidade econômica. Em qualquer uma das situações citadas acima, o cirurgião-dentista pode trabalhar sozinho, de forma individual, ou com profissionais auxiliares da prática odontológica¹³.

¹³ Existem os profissionais auxiliares diretos da prática odontológica que são o auxiliar de consultório odontológico (ACD), o técnico em higiene dental (THD), o técnico em prótese dental (TPD) e o auxiliar de prótese dentária (APD). Existem também os auxiliares indiretos da prática odontológica, que são profissionais de outras áreas que ajudam no desenvolvimento dos serviços odontológicos. Como exemplo do último grupo podemos citar: contadores, advogados, psicólogos, administradores, técnicos em informática, faxineiras, copeiras e outros.

O cirurgião – dentista, em sua atividade profissional, tem como principal objetivo garantir um bom nível de saúde bucal para os seus pacientes. Cada tipo de tratamento odontológico é desenvolvido baseado em técnicas específicas e na utilização adequada de instrumentais e materiais odontológicos. A qualidade do **produto** da prática odontológica depende do conhecimento profissional, dos instrumentais e dos materiais utilizados nos procedimentos profissionais. A Tabela de Valores Referenciais para Convênios e Credenciamentos (VRCC) codifica nove especialidades e mais de duzentos procedimentos que podem ser realizados pelo cirurgião-dentista atualmente. Existem procedimentos odontológicos que não estão incluídos nessa tabela, mas que são realizados nos diversos ambientes de trabalho odontológico, sendo os seus respectivos honorários definidos pelo próprio profissional, como acontece no atendimento de pacientes particulares. Geralmente, os produtos odontológicos são avaliados de acordo com a sua durabilidade e sensação de bem – estar do paciente. Como a qualidade do produto depende de fatores econômicos, ocorrem algumas práticas iatrogênicas em odontologia em decorrência da utilização de material inadequado, pois nem sempre o material mais barato consegue manter o padrão de qualidade garantido por um similar mais caro.

A prática odontológica se desenvolve por meio de processos, que determinarão o tipo de produto que será oferecido e os **resultados** que serão alcançados. Estes aparecem sob dois ângulos: o do paciente e o do profissional. Para o paciente, o melhor resultado é satisfazer suas necessidades. Para o profissional, além de ter a satisfação em realizar tratamentos bem sucedidos, é importante ter um retorno financeiro suficiente para manter sua qualidade de vida e garantir a sua qualidade profissional. O lucro do profissional que trabalha no setor privado representa uma fonte de estímulo para o seu desenvolvimento e crescimento. Quando o cirurgião-dentista possui um vínculo empregatício, sua renda fixa e qualquer vantagem a mais decorrente desse vínculo representarão o resultado do seu trabalho profissional. Infelizmente, podem ocorrer insucessos e prejuízo financeiro, tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista, como resultados indesejáveis da prática odontológica. Essa possibilidade não deve servir de impedimento para a prática profissional e sim como estímulo para o seu desenvolvimento.

2. O Mercado de Trabalho Odontológico

2.1. Formas de inserção do cirurgião-dentista no processo social de produção

Atualmente, as formas de inserção do cirurgião-dentista no processo social de produção são as seguintes: como trabalhador autônomo, como consultor, como participante de uma sociedade, como empregado e como servidor público. Existem outras possibilidades profissionais para o cirurgião-dentista que não envolvem necessariamente a prática odontológica. Alguns optam por uma carreira acadêmica, outros trabalham como empresários, outros trabalham como servidores públicos fora da área odontológica, enfim, essa variação vai depender de oportunidades e dos objetivos de cada profissional, pois no Brasil é freqüente a ocorrência da subutilização de recursos humanos. Este estudo ficará restrito ao mercado de trabalho do cirurgião-dentista que realiza a prática de sua profissão.

CORDÓN (1986), ao analisar o mercado de trabalho odontológico, considera que o processo de produção possui os seguintes componentes:

a . Objeto de trabalho: aquilo que é transformado durante o processo de trabalho para que seja obtido o produto final.

b. Meios de trabalho: tudo aquilo que atua sobre o objeto de trabalho para que se obtenha o produto final.

c. Trabalho: é a energia humana gasta nesse processo.

d. Superestrutura: consciência ideológica da época.

e. Modo de produção: modo pelo qual , em uma sociedade concreta, as forças produtivas e as relações de produção são desenvolvidas.

f. Formação social: designação dada a uma totalidade social concreta, na qual existem distintos modos de produzir, sendo que um sempre será dominante.

g. Processo social de produção: produção propriamente dita, distribuição, troca e consumo. As relações na sociedade ocorrem de acordo com a posição ocupada pelas pessoas no processo social de produção. Uns são donos dos meios de produção e os outros vendem sua força de trabalho para proprietários dos meios de produção. A dinâmica social ocorre com a luta

das classes sociais presentes no processo social de produção: a dos explorados e a dos exploradores, ou seja, a dos trabalhadores e a dos proprietários.

Na prática odontológica pode - se observar, com maior frequência, as seguintes situações: cirurgião-dentista dono dos meios de produção (empresário que não exerce a profissão), cirurgião-dentista proprietário e trabalhador simultaneamente (profissional autônomo ou empresário que exerce a profissão), cirurgião-dentista proprietário de um estabelecimento e trabalhador em outro (profissional que atua em estabelecimento próprio e também é servidor público ou empregado) e o cirurgião-dentista exclusivamente trabalhador (profissional que é servidor público e/ou empregado e/ou consultor). A seguir serão analisadas as formas de inserção do cirurgião-dentista no processo social de produção, que aparecem isoladas ou associadas em diferentes esquemas de prática odontológica.

A . O cirurgião - dentista autônomo

O cirurgião-dentista autônomo trabalha no setor privado de assistência à saúde. Esse profissional pode trabalhar em consultório próprio, alugar um consultório ou arrendar consultório de um colega. Neste regime de trabalho, o cirurgião-dentista pode atender qualquer tipo de paciente. Existem os pacientes particulares, que pagam o tratamento diretamente para o profissional e aqueles usuários de algum tipo de plano de assistência odontológica, que pagam o tratamento indiretamente, por meio de operadoras. Para instalar o consultório próprio o cirurgião-dentista tem que seguir algumas regras e providenciar documentação específica que possibilite o funcionamento do estabelecimento. Quando o profissional aluga um consultório em tempo integral ou parcial de funcionamento, fica estabelecido um valor fixo para essa relação de locação. No arrendamento, o profissional realiza atendimento completo dos pacientes, mas recebe apenas uma porcentagem do tratamento realizado, considerando que o atendimento foi realizado em clínica ou consultório de um colega. Muitos profissionais recém formados iniciam sua prática odontológica trabalhando neste último esquema. De certa forma, o cirurgião – dentista arrendatário perde a sua autonomia, tendo em vista que passa a trabalhar para o dono dos meios de produção.

O cirurgião-dentista autônomo possui registro jurídico de pessoa física. Quando o profissional registra-se como pessoa jurídica, ele passa a fazer parte do regime de trabalho

associativo. É importante ressaltar que o registro de pessoa jurídica não anula, automaticamente, o registro de pessoa física, podendo o profissional atuar das duas formas simultaneamente, assinando documentos em seu nome ou em nome da Clínica, dependendo da sua conveniência. Na atuação profissional como pessoa jurídica, tanto a clínica quanto o profissional devem estar registrados no Conselho Regional de Odontologia. Na prática profissional, quando ocorre mudanças apenas na documentação do consultório, passando de pessoa física para pessoa jurídica, a diferença básica entre a pessoa física e a jurídica está nos tipos de impostos a pagar, na oportunidade de fazer credenciamentos, que é maior para pessoa jurídica, e na obrigatoriedade da contratação de um contador. Existem inúmeros consultórios particulares registrados como pessoa jurídica apenas para viabilizar o acesso a credenciamentos e/ou para obter vantagens tributárias. Isso gera uma confusão de termos, pois no Conselho Federal de Odontologia, todo prestador de serviços odontológicos que exerce suas atividades como pessoa jurídica é registrado como Clínica.

Atualmente, o número de profissionais da área de saúde que trabalham com intermediários em suas práticas profissionais tem crescido consideravelmente. Quando entramos em estabelecimentos prestadores de algum tipo de assistência à saúde, em geral, a primeira pergunta que as respectivas secretárias fazem é: “Qual é o seu convênio?”. Os convênios¹⁴ e credenciamentos surgiram inseridos dentro de um processo de produção onde há uma queda do poder aquisitivo das pessoas e, conseqüentemente, menor capacidade de pagar pela utilização dos serviços de saúde privados. Por outro lado, os investimentos do governo na área de saúde não são suficientes para garantir a saúde como um direito da população. Sem muita opção de tratamento no setor público e sem condições de pagar diretamente pelos serviços odontológicos, a população que possui algum tipo de vínculo empregatício tem optado pela utilização dos convênios.

¹⁴ No setor privado, a palavra convênio refere-se aos intermediários da relação profissional/paciente, ou de outra forma, são as operadoras de planos de assistência à saúde e /ou de planos de assistência odontológica.

B. O cirurgião-dentista consultor

O cirurgião - dentista consultor é aquele que, eventualmente, dependendo das necessidades de colegas de profissão, realiza atendimento (consultas) em Clínicas e consultórios diversos, recebendo por procedimento realizado. Os especialistas geralmente são requisitados para desenvolver esse tipo de trabalho, sendo considerados parceiros do colega responsável pelo paciente que é atendido. Nesse esquema, o cirurgião-dentista consultor, geralmente, negocia com o seu colega e não com o paciente. Na realidade, o paciente pertence ao colega que requisitou os serviços, sendo o serviço prestado apenas uma parte de um plano de tratamento mais amplo. Esse esquema favorece o emprego de “mão-de-obra” especializada sem que seja necessário que o paciente procure outro estabelecimento para realizar o seu tratamento.

C. O cirurgião-dentista integrante de uma sociedade civil ou comercial

O modelo mais simples de sociedade na área odontológica é quando um consultório odontológico é registrado como pessoa jurídica. Geralmente, os profissionais ficam sócios de um parente ou de um colega de profissão apenas para constar na documentação. A sociedade existe no documento, mas, na realidade, o profissional trabalha como se fosse autônomo. A proliferação desse tipo de pessoa jurídica está relacionada com a obtenção de vantagens fiscais e com as condições impostas pelas operadoras o credenciamento de profissionais. Entre duas pessoas jurídicas (operadora e Clínica) não existe a possibilidade do estabelecimento de vínculo empregatício. O excesso de profissionais nos grandes centros urbanos, associado a uma queda, na última década, do poder aquisitivo da população, fez com que ocorresse um brusca desvalorização do cirurgião - dentista. Este profissional passou a trabalhar baseando-se em tabelas impostas pelas diversas operadoras. Houve uma queda no preço do tratamento particular, a ponto de não haver diferença nos valores dos tratamentos em pacientes particulares e em pacientes usuários de algum tipo plano de assistência odontológica.

O cirurgião - dentista pode realmente estabelecer um regime de trabalho no qual ocorra a co-participação de colegas de profissão que se obrigam mutuamente a combinar seus

esforços para obtenção de fins propostos. Nesse caso são formadas verdadeiras Clínicas, estruturadas de acordo com os objetivos dos profissionais que integram essa pessoa jurídica. Na sociedade ocorre fundamentalmente: fornecimento de capital (em dinheiro e/ou em bens e serviços), administração e participação em lucros e perdas.

De acordo com OLIVEIRA e CAMPOS (1998), a administração será feita de acordo com a combinação dos sócios, podendo ser designado um ou mais para administrem a sociedade. O trabalho imediatamente prestado pelos sócios recebe uma contraprestação denominada *pro labore*. Na participação nos lucros e perdas permanece o princípio da proporcionalidade: sofrem-se idênticos prejuízos e se beneficiam de idênticos lucros.

O cirurgião - dentista pode integrar uma sociedade cooperativa. O trabalho associativo na forma de **cooperativa** tem as seguintes características: **propriedade cooperativa** - a propriedade é atribuída aos associados, independentemente das contribuições financeiras à constituição da sociedade; **gestão cooperativa** - o poder de decisão último é competência da assembléia dos associados; **repartição cooperativa** - a distribuição das sobras financeiras no final do ano deve ser feita de uma maneira diversa da que numa empresa capitalista, isto é, não é baseada na participação dos associados, mas sim nas operações da mesma. Essa forma de atuação profissional encontra-se em desenvolvimento, havendo, atualmente, poucos profissionais trabalhando como cooperados, ou seja, como sócios da sociedade cooperativa.

D. O cirurgião – dentista empregado

Nesse tipo de relação trabalhista o cirurgião-dentista trabalha para alguém, estando subordinado a esse alguém, tendo o direito a uma contraprestação (remuneração) pelo trabalho executado. A remuneração nem sempre é um salário fixo, pois pode ocorrer uma parte variável dependente da produtividade.

OLIVEIRA e CAMPOS (1998) ressaltam que quem trabalha de modo subordinado coloca-se à disposição do outrem, e, ao mesmo tempo, o que se produz é propriedade do outro, que dela dispõe como quiser. Quem trabalha subordinado o faz “por conta de outrem”, assumindo este, conseqüentemente, os riscos de eventual insucesso dos fins visados.

De acordo com esses autores, as relações de trabalho e contrato, duração do trabalho (jornada, repouso semanal, férias), remuneração, higiene e segurança nos locais de trabalho, trabalho infantil e do adolescente são disciplinadas pelo Direito do Trabalho. O Direito Coletivo disciplina interesses gerais de empregados e empregadores, associativamente agrupados: organização sindical, negociação coletiva, convênios coletivos (acordo coletivo, convenção coletiva, “contrato coletivo de trabalho”), conflitos coletivos (greve, por exemplo) e seus modos de solução. Os empregados e empregadores são regidos pela CLT (BRASIL, 1943), estando esta subordinada à Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988).

E. O cirurgião-dentista servidor público

O cirurgião-dentista pode fazer concurso público e trabalhar como servidor público¹⁵, exercendo a sua profissão, em cargo correspondente. É o modo pelo qual se estabelecem as relações jurídicas entre o servidor e a Administração, com base nos princípios constitucionais pertinentes e nos preceitos legais e regulamentares da entidade estatal a que pertence. A situação do servidor é estatutária, e não contratual.

A Lei 8.112/90 (BRASIL, 1990b) é o regimento jurídico único dos servidores da União, Autarquias, e Fundações Federais. Esta lei também é adotada pelo Governo do Distrito Federal para reger seus servidores públicos. Os servidores públicos constituem subespécies dos **agentes públicos administrativos**, categoria que abrange a grande massa de prestadores de serviços à Administração, e a ela estão vinculados por relações profissionais, em razão de **investidura em cargos e funções**, a título de emprego com retribuição pecuniária.

O servidor público e os servidores que trabalham no serviço público e são regidos pela CLT (BRASIL, 1943), de acordo com o entendimento do Supremo Tribunal Federal, não têm direito à negociação coletiva e à celebração de convenção coletiva. Atualmente esse tema tem assumido grande relevância em discussões onde se tenta democratizar as relações individuais e coletivas de trabalho.

¹⁵ O Servidor Público é a pessoa legalmente investida em cargo público. De acordo com MELLO (1998), o Servidor Público Civil pode ser: Servidor (estatutário), Comissionado (livre nomeação e exoneração), por Contrato Temporário (art. 37, IX, da CF/88) e ainda Empregado Público (regidos pela CLT).

2.2. Considerações sobre o mercado de trabalho do cirurgião

- dentista

Nos dias atuais, o trabalho é considerado uma mercadoria como outra qualquer, estando sob a influência das leis do mercado. No mercado existe uma demanda, ou seja, a procura por determinada mercadoria, e a oferta dessa mesma mercadoria. Em uma análise simplificada, se a procura é maior do que a oferta, os preços tendem a aumentar, mas se a procura é menor que a oferta, os preços tendem a diminuir. Inicialmente, é importante ressaltarmos que o mercado de trabalho do cirurgião - dentista deve ser analisado por dois ângulos: trabalho sem vínculo empregatício e trabalho com vínculo empregatício. Na primeira situação, a demanda por tratamentos influencia diretamente os honorários do profissional. É importante conhecermos a relação proporcional entre cirurgiões-dentistas que atuam sem vínculo empregatício e pacientes particulares em potencial. É comum, na área de saúde, os profissionais trabalharem com vínculo e sem vínculo empregatício simultaneamente. Isso não prejudica a análise anterior, sendo que esse profissional também entra na contagem dos que não possuem vínculo. Nessa primeira situação pode-se considerar que quanto maior a demanda de pacientes particulares em potencial por cirurgião - dentista, os honorários desse profissional serão maiores. Por outro lado, se a demanda for pequena, os honorários do profissional será menor. Na segunda situação, o mercado de trabalho do cirurgião - dentista é diretamente dependente de políticas de saúde que ampliem o número de vagas para cirurgiões-dentistas e indiretamente dependente de reivindicações da população usuária desses serviços.

2.3. O assalariamento do cirurgião - dentista

Como foi abordado anteriormente, o cirurgião - dentista, desde sua origem apresentou, predominantemente, uma prática profissional autônoma. As mudanças sociais, econômicas, científicas e tecnológicas afetaram a estrutura, os processos, os produtos e os resultados da prática odontológica. À medida que uma sociedade se desenvolve, surgem práticas profissionais relacionadas com necessidades individuais e coletivas das pessoas. Os serviços vão

ficando cada vez mais especializados e, conseqüentemente, vão surgindo setores de atividades profissionais que também exigem, dos que a elas se dedicam, um maior grau de especialização.

NOGUEIRA (1983, p. 63) refere – se ao surgimento do trabalho assalariado da seguinte forma:

Nas condições hodiernas, uma das características mais relevantes do processo de trabalho em saúde é a crescente coletivização dos agentes prestadores desses serviços, levando ao aparecimento do trabalho associado, realizado por diferentes tipos de profissionais em regime de cooperação técnica, seja numa unidade isolada (clínica, hospital), seja numa série hierarquizada de unidades (compondo, por exemplo, uma rede de atenção à saúde com complexidade crescente). A coletivização dos produtores de serviços de saúde assinala a superação, através da intervenção estatal e da entrada do capital no setor, da fase histórica em que praticamente a totalidade da assistência à saúde era assumida por profissionais autônomos (organização liberal das práticas de saúde).

As práticas profissionais são afetadas pela dinâmica da sociedade. O crescimento populacional, os tipos de políticas, o tipo de economia e o tipo de cultura são exemplos de fatores que influenciam diretamente a vida profissional das pessoas.

CORDÓN (1986, p. 58), em uma abordagem do mercado de trabalho odontológico, considera que:

O mercado capitalista vive em permanente expansão, o capital tende a ocupar todos os espaços que possam lhe proporcionar lucros. E as leis do mercado vão dominando a sociedade inteira. Todos os valores humanos autênticos vão sendo destruídos pelo dinheiro, tudo vira mercadoria, tudo pode ser comercializado, todas as coisas podem ser vendidas ou compradas por um determinado preço. A força de trabalho do ser humano e a dos profissionais de saúde, como não poderia ser diferente, também se transforma em mercadoria e seu preço passa a sofrer as pressões e flutuações do mercado. O trabalhador de saúde passa a um progressivo e acelerado processo de assalariamento.

POLANYI (1980) considera que com o desenvolvimento do liberalismo econômico surgiram as chamadas mercadorias fictícias: trabalho, terra e dinheiro. Os dogmas clássicos do liberalismo econômico são os seguintes: o trabalho deve encontrar o seu preço no mercado, a criação do dinheiro deve sujeitar-se a um mecanismo automático e os bens devem ser livres para fluir de país para país, sem empecilhos ou privilégios. Desta forma, trabalho, terra e dinheiro viram objetos de comércio, como as mercadorias propriamente ditas.

Em cada fase da evolução do processo de produção, o trabalho assume características bem diferenciadas. Os modos de produção criam diversas modalidades de relações de trabalho.

Dentre estas podemos citar: as relações escravagistas, as de servidão medieval, as de corporações, as de assalariado. Hoje, na sociedade capitalista que se vive, existem situações concretas em que se mesclam culturalmente escravidão, servidão medieval, emprego e diversas formas autônomas de sobrevivência. LAUTIER (1999) Considera que o trabalho não é somente o exercício de uma atividade, mas também o sinal de inserção no status social. O trabalho não deve ser visto como um castigo, mas como meio de crescimento da pessoa humana, aumentando sua auto-estima, sua independência, seu prestígio, enfim, transformando a pessoa passiva em cidadão ativo. O desenvolvimento das diversas formas de trabalho criou a condição assalariada do trabalhador, que para muitos representou uma perda de autonomia em troca de um salário.

A diversidade de relações profissionais encontradas no Brasil causa decepção quando se percebe uma mistura cultural de escravidão, servidão medieval, emprego e diversas formas autônomas de sobrevivência. O trabalho na área de saúde assume um caráter especial, considerando que seu objeto é o ser humano. Na Constituição Federal (BRASIL, 1988) os serviços de saúde são considerados como sendo de **relevância pública**. CARVALHO e SANTOS (2001) reforçam que, na Constituição Federal (BRASIL, 1988), o fato da assistência à saúde ser livre à iniciativa privada não retira o setor privado do campo de incidência da normatividade dos poderes públicos imanente à área de saúde. SILVA (1998, p.796) afirma que:

*As ações e serviços de saúde são de relevância pública, por isso ficam inteiramente sujeitos à regulamentação, fiscalização e controle do Poder Público, nos termos da lei, a que cabe executar – los diretamente ou por terceiros, pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. Se a Constituição atribui ao Poder Público o controle das ações e serviços de saúde, significa que sob tais ações e serviços tem ele integral poder de dominação, que é o sentido do termo controle, mormente quando aparece ao lado da palavra *fiscalização*.*

Ainda sobre o mesmo assunto, CARVALHO e SANTOS (2001, p. 317) consideram que:

Nos momento (muitas vezes solitários) de tomada de decisão, o dirigente ou autoridade do SUS deve ter em mente que a Carta Magna qualificou como de “relevância pública” as ações e os serviços de saúde, atribuindo ao Ministério Público a função institucional de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos subjetivos e aos direitos sociais previstos na Constituição.

Ao qualificar os serviços e ações de saúde como de relevância pública, o legislador constituinte demonstrou a prioridade que a saúde tem para o desenvolvimento humano. Isso justifica a necessidade de avaliação dos problemas relacionados com esta área de uma forma

universal e dentro de um contexto social. Não tem sentido, por exemplo, tanta evolução tecnológica se esta não é acompanhada de um desenvolvimento humano coletivo e individual. A melhoria de qualidade de vida das pessoas, em geral, está relacionada com a melhoria da saúde individual e coletiva.

O direito aborda o trabalho como “direito - dever”: direito de trabalhar para garantir a própria subsistência e do núcleo familiar e dever social porque todo trabalho humano é desde o início e por definição um fato coletivo, sendo a cooperação a sua nota característica e essencial.

A questão da universalidade do direito à saúde ainda é muito discutida. A Constituição Federal (BRASIL, 1988) incorpora o Direito à Saúde da seguinte forma:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Nesse artigo está expressamente escrito que todos têm direito à saúde e que as ações em saúde não devem envolver apenas aspectos curativos, mas também preventivos e promocionais. Não basta apenas curar, é preciso entender quais são os processos que levam um indivíduo a desenvolver determinada doença, para que, posteriormente, possa ser minimizada a ocorrência de casos semelhantes, prevenindo doenças e promovendo saúde.

Ainda na Constituição Federal (BRASIL, 1988), encontra - se, como foi dito anteriormente, uma abordagem dos serviços de saúde como sendo de relevância pública:

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.

O que está escrito no artigo 197 da Constituição Federal reforça a necessidade de dignidade humana, que é um dos fundamentos da República. A responsabilidade do Estado é muito grande na instituição de políticas envolvendo a saúde da população.

De acordo com CORDÓN (1999), quando a prática odontológica surgiu foi desenvolvida em clínicas privadas, onde os profissionais, trabalhando de uma forma artesanal, detinham os meios de produção e possuíam liberdade para estabelecer o esquema de trabalho, selecionar os pacientes e determinar o valor dos seus respectivos honorários. Posteriormente,

iniciou-se uma progressiva intervenção do Estado nas profissões liberais. Surgiram normas que restringiram a atuação do profissional liberal. A prática odontológica tem sofrido inúmeras alterações desde os tempos remotos. Essas modificações, geralmente, estão relacionadas tanto com o desenvolvimento científico e tecnológico da profissão como com a forma de acesso ao tratamento odontológico. Essas mudanças não ocorrem de forma isolada na sociedade. Estão intimamente relacionadas com o dinamismo da realidade sócio - econômica do país. Considerando que a saúde está se transformando em um bem de consumo, qualquer alteração na política econômica afeta indiretamente a área de saúde. A alteração do poder aquisitivo de uma pessoa faz com que ela incluía ou excluía gastos. O tratamento odontológico parece ser, geralmente, excluído dos gastos quando ocorre queda de poder aquisitivo da população, situação observada em períodos de crise econômica.

ZANETTI (1999) ressalta que nas décadas de 80 e 90 a Odontologia Brasileira passa a conviver intimamente com mudanças sócio-econômicas e com uma evolução técnico-científica na área odontológica. O grande número de pessoas necessitadas de tratamentos odontológicos induziu a abertura de Faculdades de Odontologia de uma forma desordenada que fez o Brasil receber os títulos de campeão em número de Faculdades de Odontologia e, paradoxalmente, em número de pessoas com problemas odontológicos.

Como foi visto anteriormente, o sistema capitalista impõe a existência de “mercados” diversos. Quando a oferta de serviços é elevada, o preço desses serviços tende a cair, fato reforçado pela queda na procura pelos serviços, que também induz a uma queda de preços desses serviços. Desta forma, surgiu a seguinte situação contraditória: muitos cirurgiões - dentista com número reduzido de “clientes” e uma grande massa de “pacientes” sem nenhum tipo de assistência odontológica. É como se os cirurgiões-dentistas estivessem na margem de um rio e os pacientes carentes de serviços odontológicos estivessem na outra margem. O desastre é que este rio não tem nenhuma ponte que una as duas margens.

Dentro deste contexto, começaram a surgir “donos de embarcações” que tentavam obter algum tipo de vantagem nessa situação, mas sem tentar resolvê-la de forma realista, em sintonia com os problemas sociais do Brasil. BAHIA (1999) ressalta que as reformas setoriais iniciadas na década de 80, que objetivavam acesso universal, integralidade da atenção, ênfase em ações de proteção e promoção da saúde, descentralização e participação social, adquiriram

expressão legal e institucional com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. A ponte que uniria aquelas margens começou a ser construída sustentada por estes dois pilares, mas enquanto isso variados tipos de embarcações surgiram para levar pessoas de um lado para o outro, inclusive embarcações que utilizavam aqueles pilares para completar as suas viagens. Estas embarcações visavam lucro ou algum benefício que seria traduzido em algum tipo de ganho material. Estas embarcações são entidades, públicas ou privadas, que começaram a atuar como intermediários na relação profissional paciente, impondo condições para os cirurgiões - dentistas em troca de possibilitar um fluxo de pacientes.

De acordo com ZANETTI (1999), neste tipo de relação o profissional fica condicionado a estas entidades, não podendo estabelecer livremente seus honorários e nem executar os seus serviços com plena liberdade, pois as entidades geralmente possuem uma listagem limitada de tratamentos odontológicos que podem ser realizados mediante vínculo com prestadores de serviços odontológicos. De acordo com este mesmo autor, este tipo de relação, na qual existe um intermediário entre o profissional e o paciente, expressa um tipo de assalariamento indireto do cirurgião - dentista, que recebe regularmente remuneração pelos seus serviços, mas sem nenhuma vantagem trabalhista, pois não existe um vínculo real entre o empregador e o empregado. Neste tipo de relação o cirurgião - dentista ganha por produção, ou seja, recebe apenas pelos serviços realizados.

GREC (1999) ressalta que em 1998 o Conselho Federal de Odontologia, constatando uma proliferação de planos de assistência odontológica, introduziu no Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução nº 151 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1983), de 16 de junho de 1983, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), o Capítulo X, cujo tema é “Das Entidades Prestadoras de Assistência Odontológica”, onde tenta normatizar e moralizar a prática odontológica em que existe a participação de intermediários. Existe uma tendência de aumento da prática odontológica que utiliza intermediários. Para alguns tipos de intermediários (entidades públicas ou privadas e órgãos públicos), este tipo de assistência à saúde funcionaria como um benefício, ou seja, um tipo de salário indireto para os seus respectivos trabalhadores.

Os intermediários (entidades públicas ou privadas e órgãos públicos) contratam os serviços de cirurgões - dentistas autônomos com o objetivo de reduzir custos ou de obter lucro. Entretanto, essa opção pode não atingir o objetivo desejado, pois se o serviço não for realizado com autonomia, ficará caracterizado o vínculo empregatício, havendo custos ainda maiores do que aqueles resultantes da contratação normal de um empregado. O artigo 3º da Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943) é descrito da seguinte forma:

Art. 3º – Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviço de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

PARÁGRAFO ÚNICO. Não haverá distinções relativas à espécie de emprego e à condição de trabalhador, nem entre o trabalho intelectual, técnico e manual.

A legislação define autônomo como sendo a pessoa física que exerce, habitualmente e por conta própria, atividade profissional remunerada, prestando serviço de caráter eventual a uma ou mais empresas, sem relação de emprego. O autônomo é dono de si mesmo, não estando de forma alguma subordinado à figura do empregador, tendo total liberdade para executar o seu trabalho durante o período que achar necessário, podendo iniciar e parar a qualquer momento. O profissional autônomo é que estabelece quanto quer ganhar e como deve ser o pagamento pelos serviços oferecidos. A legislação não define o que é eventual nem o que é habitual. Entende-se como serviço eventual aquele que é realizado ocasionalmente, sem repetição, ou seja, sem continuidade. O serviço eventual não é necessário à consecução dos fins econômicos ou sociais da empresa tomadora. Desta forma, não é empregado, mas autônomo, aquele que presta serviços não coincidentes com a finalidade da empresa tomadora, desde que estejam ausentes a subordinação hierárquica e/ou de horário e a dependência salarial. O serviço habitual é aquele realizado por repetidas vezes sem ter prazo de encerramento, ou seja, aquele que o empregado executa para atingir os objetivos sociais da empresa. A Previdência Social entende que o serviço prestado por profissional autônomo, que tem relação direta ou indireta com a atividade normal do empregador, com natureza continuada, caracteriza vínculo empregatício.

Com receio de estabelecer vínculo empregatício, muitas operadoras de planos de assistência odontológica passaram a exigir que o estabelecimento prestador de serviços odontológicos fosse uma pessoa jurídica ao invés de pessoa física. Além do mais, houve uma época em que existia vantagem fiscal para o profissional atuar no mercado de serviços como

pessoa jurídica. Estes dois fatores contribuíram intensamente para que inúmeros cirurgiões - dentistas autônomos alterassem o caráter do seu estabelecimento particular de pessoa física para pessoa jurídica, ou seja, o consultório assume o caráter de uma empresa, cujo sócio majoritário geralmente é o cirurgião - dentista Responsável Técnico, com participação acima de 90% no capital da empresa. Atualmente, não há mais vantagens a nível de impostos, pois tanto os consultórios registrados como pessoa física ou como pessoa jurídica pagam a mesma alíquota do ISS de 2%, aplicada sobre o preço dos serviços prestados. O que realmente faz com que os consultórios sejam registrados como pessoa jurídica são as exigências das operadoras de planos de assistência odontológica para os credenciamentos, ou melhor dizendo, para realização de um esquema de assalariamento do cirurgião - dentista.

ZANETTI (1999) considera que os próprios profissionais começaram a explorar e se apropriar da força de trabalho dos colegas. Profissionais com melhores condições financeiras começam a formar clínicas e a contratar os serviços de colegas pagando um salário fixo e/ou estabelecendo uma relação de arrendamento, na qual o profissional ganha de acordo com a sua produção. Neste último caso, o dono da clínica, ou seja, o empregador não possui nenhum ônus fiscal em relação ao colega que ganha uma porcentagem dos honorários correspondentes à sua produção. O elevado custo de um consultório e a incerteza de ter pacientes faz com que muitos cirurgiões - dentistas, em início de carreira, escolham este último esquema de trabalho. Muitos profissionais especialistas também trabalham dessa forma, em consultórios de colegas, recebendo de acordo com sua produção. Trabalhar nesse esquema pode funcionar como propaganda indireta para uma futura atuação em consultório próprio. Este esquema pode compensar financeiramente, desde que o profissional ofereça apenas a sua força de trabalho, não se responsabilizando pela estrutura desse tipo de prática odontológica.

Hoje, o assalariamento do cirurgião-dentista é uma realidade. A Pesquisa Assistência Médico - Sanitária (AMS), realizada pelo IBGE em 1999, mostrou que, neste ano, existiam 881 cirurgiões - dentistas no Distrito Federal que possuíam algum tipo de vínculo empregatício em (IBGE, 2002a). A prática odontológica puramente autônoma está em processo de transformação. Observa - se uma corrente de mudanças no setor público e outra no setor privado. No setor público, há uma tendência de ampliação dos serviços odontológicos, principalmente na área preventiva. No setor privado, existe uma tendência de crescimento dos serviços intermediados

por entidades públicas ou privadas. O grande fator que contribui e estimula o desenvolvimento dessas duas correntes é o baixo poder aquisitivo da população e a falta de consciência de que saúde bucal é saúde, e, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é direito de todos e dever do Estado.

IV. CONHECENDO O DISTRITO FEDERAL

1. Histórico

A criação do Distrito Federal foi fruto de um processo de interiorização da Capital do Brasil. Salvador foi a Capital do Brasil Colônia de 1626 a 1762. Em 1763 a Capital foi transferida para o Rio de Janeiro. O grande momento da descolonização brasileira foi a proclamação da Independência política, em 7 de setembro de 1822, influenciada , por um lado, pelas mudanças sócio-econômicas operadas na colônia e , por outro, por grandes transformações ocorridas na Europa em decorrência da Revolução Francesa e da Revolução Industrial, na passagem do século XVIII para o século XIX. De acordo com VASCONCELOS (1978), os inconfidentes mineiros, no final do século XVIII, tiveram a primeira atitude realmente propugnadora da interiorização da Capital do Brasil. Tiradentes, o Alferes Joaquim José da Silva Xavier, reconhecido como a maior figura da Inconfidência Mineira, foi o principal responsável pelo projeto de mudar a Capital para São João Del Rei, no interior do Brasil.

CRULS (1995) descreve todos os momentos vivenciados pela comissão exploradora do Planalto Central, que foi chefiada pelo astrônomo Luiz Cruls, diretor do observatório astronômico do Rio de Janeiro. O presidente Floriano Peixoto, cumprindo a primeira Constituição Republicana, criou essa comissão, que foi formada por engenheiros, higienistas, geólogos, botânicos, astrônomos e naturalistas, que saiu do Rio de Janeiro em junho de 1892, partindo para o Planalto Central. A Constituição Republicana mandava demarcar uma área de 14.000 quilômetros quadrados, sob a forma de um quadrilátero, para nela ser estabelecida a futura Capital Federal. Em 1955, foi criada uma Comissão Goiana de Cooperação para Mudança da Capital Federal, com a finalidade de desapropriar o terreno que faria parte do Distrito Federal.

VASCONCELOS (1978, p. 348) em uma abordagem histórica da formação do Distrito Federal ressalta a importância da colaboração do Governo de Goiás daquela época na abertura de caminhos para a concretização das decisões tomadas pelo Presidente Juscelino:

Enquanto Goiás cria, desapropriando a área, uma infra-estrutura para a edificação da nova Capital brasileira no Planalto Central, o Presidente Juscelino Kubitschek agiliza, no Catete, uma série de medidas para o desencadeamento da sua “Meta Síntese-Brasília”. Assim, depois de aprovada a Lei da Mudança da Capital, e que criou a Companhia Urbanizadora da Nova

Capital do Brasil, o Presidente Juscelino visita, pela primeira vez, a 2 de outubro de 56, a região da futura Capital.

Em 3 de novembro de 1956, iniciaram-se as obras de terraplanagem. Vieram trabalhadores de todo o Brasil, principalmente do Nordeste. As construtoras fizeram os canteiros de obra na Vila Planalto. O ritmo acelerado das construções fez com que os trabalhadores ocupassem os núcleos povoados da “Cidade Livre”- atual **Núcleo Bandeirante**- e os acampamentos próximos ao Lago Sul. Mais distante foram formando cidades estáveis: Taguatinga, Brazlândia e Gama.

VASCONCELOS (1988) relata que **Planaltina** abrigou os membros da Comissão Cruls. Com a inauguração de Brasília, em 1960, Planaltina passou a fazer parte do Distrito Federal, sendo classificada como cidade satélite. O **Guará**, denominado oficialmente como Setor Residencial de Indústria e Abastecimento – SRIA, começou a ser construído em 1967, com o objetivo de solucionar problemas de falta de moradia em Brasília. O **Cruzeiro** também serviu de base territorial para o acampamento dos primeiros técnicos que vieram ao Planalto Central goiano, com a finalidade de estudar a localização do Distrito Federal. Como assento comunitário, o Cruzeiro tem suas origens nos primórdios de Brasília. As primeiras construções começaram a ser feitas em 1958. **Taguatinga** era uma fazenda, com o mesmo nome, pertencente ao município de Luziânia-GO, e que possuía três proprietários: Joventino Rodrigues, Otaviano Meireles e Maria da Conceição Roriz, que cederam suas terras para servir à futura Capital num processo de desapropriação amigável conduzido pelo presidente da Comissão Goiana de Cooperação para a Mudança da Capital do Brasil. Em 1958 a futura Taguatinga começa a formar o seu improvisado aglomerado humano. **Brazlândia** era um antigo Distrito do Município de Luziânia – GO, formado, principalmente, por famílias goianas e mineiras. Em 1960, foi transformada em uma cidade-satélite do Distrito Federal. O território do **Gama** é formado por terras de quatro antigas fazendas goianas: Fazenda Gama, Ipê, Alagado e Ponte Alta. Essas fazendas foram desapropriadas. Em 1960, iniciou-se a implantação do Gama como cidade-satélite do Distrito Federal. O nome da **Ceilândia** provém da sigla CEI (Campanha de Erradicação das Invasões). Em 1971, o Governador do Distrito Federal, Hélio Prates da Silveira, faz as primeiras remoções de barracos de invasão para o local que seria a Ceilândia, cidade-satélite situada ao norte e ao lado de Taguatinga.

Sobradinho surgiu na época da construção de Brasília, com a finalidade de ser uma cidade tipicamente rural. Originou-se a partir da fazenda Sobradinho. Os primeiros habitantes de Sobradinho foram famílias que moravam no acampamento Bananal e na Vila Amauri. No dia 3 de março de 1960 foi iniciado o povoamento de Sobradinho

Existem relatos que associam a construção de Brasília ao sonho do Padre João Bosco, ocorrido no dia 30 de agosto de 1883. Nesse sonho, profetizava - se uma civilização no interior do Brasil que iria encantar o mundo. Sonho, coragem, necessidade, hoje uma realidade: a mudança da Capital para o Centro do país trouxe grandes mudanças sócio-econômicas para essa região. TEIXEIRA (1982) comenta a importância dos candangos¹⁶ na construção de Brasília, mas considera injusta a realidade dessas pessoas que vieram em busca de uma “terra prometida” e que, depois da obra estar pronta, tiveram que buscar o projeto de uma nova “Brasília” ou ficar em situação de desemprego ou subemprego na nova Capital. As cidades-satélites passaram a ser consideradas regiões suburbanas, habitadas por pioneiros de baixa renda e por candangos. Brasília foi habitada pela elite dos servidores da Administração Pública, que possuíam origens diversas. Esses pioneiros¹⁷ e os candangos contribuíram para formação de uma sociedade com características culturais de diferentes regiões do país. Apesar da estrutura física do Distrito Federal demonstrar uma estratificação por classes sociais e inúmeros setores, hoje, começa a surgir uma integração entre as suas diversas Regiões Administrativas, processo imprescindível para o pleno desenvolvimento dessa região. Os “novos candangos”, ou seja, os nascidos nessa região após 1960, e os demais habitantes contribuirão para o desenvolvimento de uma identidade cultural no Distrito Federal.

KUBITSCHKEK (2000, p. 468), ao descrever sua motivação para a construção de Brasília, faz a seguinte observação:

Ao contrário da função que competira a Salvador -- que fora a de impor a presença da dinastia na terra despovoada e selvagem -- coube a Brasília uma tarefa bem mais profunda e de muito maior alcance: a de puxar, para o Oeste, a massa populacional do litoral, de forma a povoar o Brasil igualmente e, através desse empuxo migratório interno, realizar, quando muito no período de duas décadas, a verdadeira integração nacional.

¹⁶ Neste trabalho, candangos são os operários da construção civil nos primórdios da construção de Brasília.

¹⁷ Funcionários públicos, comerciantes, engenheiros, etc, ou pessoas como Juscelino Kubistchek, Bernardo Sayão, Israel Pinheiro, etc.

2. Atualidades sobre o Distrito Federal

Tal como a União, Estados e Municípios, o Distrito Federal possui autonomia política, ou seja, titulariza competências próprias, legisla sobre elas e as administra por meio de autoridades próprias. Dessa forma, o Distrito Federal tem uma Câmara Legislativa com Deputados Distritais, é dirigido pelo Governador e pelo Vice-Governador e tem configuração dupla, cabendo-lhe as competências legislativas reservadas tanto aos Estados quanto aos Municípios.

De acordo com informações obtidas em DISTRITO FEDERAL (2002), as Regiões Administrativas são áreas territoriais do Distrito Federal cujos limites físicos, estabelecidos pelo poder público, definem a jurisdição da ação governamental, que é exercida por intermédio de cada administração regional, para fins de descentralização administrativa e coordenação dos serviços públicos de natureza local.

Em DISTRITO FEDERAL (2002), é possível constatar que o Decreto nº 19.040/98 vedou o uso da expressão “cidade-satélite” nos documentos do Governo do Distrito Federal. As cidades – satélites seriam cidades localizadas no Distrito federal, cujas principais atividades econômicas e sociais seriam diretamente ligadas ou dependentes da cidade de Brasília. Hoje, a realidade mostra que em muitas “cidades – satélites” não existe essa relação de dependência em relação à Brasília. Têm – se, como exemplo, Taguatinga, Gama, Ceilândia, Planaltina e Sobradinho, que são “cidades”, não possuindo apenas autonomia política, ou seja, ao invés de um prefeito possuem um administrador. O Distrito Federal não possui Capital, mas localiza-se em seu território a cidade de Brasília, que é a Capital federal da República Federativa do Brasil. Brasília é a sede do governo do Distrito Federal e também a sede da Região Administrativa de Brasília – RA I.

As Administrações Regionais funcionam como se fossem Prefeituras da respectiva Região Administrativa. Cada Administração Regional possui o seu Administrador, que é indicado pelo Governador do Distrito Federal. No Quadro 1 pode –se observar a atual divisão do Distrito Federal em Regiões Administrativas (RA).

QUADRO 1 - REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL - 2002

REGIÕES ADMINISTRATIVAS			
Número	Nome	Número	Nome
I	Brasília	XI	Cruzeiro
II	Gama	XII	Samambaia
III	Taguatinga	XIII	Santa Maria
IV	Brazlândia	XIV	São Sebastião
V	Sobradinho	XV	Recanto das Emas
VI	Planaltina	XVI	Lago Sul
VII	Paranoá	XVII	Riacho Fundo
VIII	Núcleo Bandeirante	XVIII	Lago Norte
IX	Ceilândia	XIX	Candangolândia
X	Guará		

FONTE: SUCAR

No Mapa 1 podemos observar a localização das 19 Regiões Administrativas do Distrito Federal.

MAPA 1 – REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL - 1998



FONTE: SUCAR

O **Paranoá** era uma invasão, formada durante a construção da Barragem do Paranoá. A criação da Região Administrativa do Paranoá ocorreu em 1989. **Samambaia** é o resultado do assentamento de milhares de pessoas que moravam em terrenos invadidos ou de aluguel, em diversas partes do país. A criação da Região Administrativa de Samambaia também ocorreu em 1989. A agrovila São Sebastião foi transformada na Região Administrativa de **São Sebastião** em 1993. O **Recanto das Emas** foi inaugurado em 28 de julho de 1993, com o objetivo de atender as necessidades habitacionais de pessoas de baixa renda, oriundas ou não no Distrito Federal. A **Candangolândia** foi o acampamento pioneiro dos candangos que vieram para construir a Nova Capital. A Região Administrativa de Candangolândia foi criada em 21 de janeiro de 1994. A Região Administrativa de **Santa Maria** foi criada em 1992 e a do **Riacho Fundo** em 1993. Todas as Regiões Administrativas citadas neste parágrafo estão em fase de desenvolvimento e precisam de grandes melhorias nas áreas de educação, transporte, saúde, segurança, pavimentação das vias públicas, iluminação, sistema telefônico, ampliação do sistema de fornecimento de água e de tratamento de esgoto, saneamento básico, habitação e lazer.

O **Lago Norte** e o **Lago Sul** são regiões Administrativas que se destacam pela elevada qualidade das construções habitacionais. São verdadeiras mansões, situadas nas proximidades do Lago Paranoá. É importante ressaltar que faz parte do Lago Norte a Vila Varjão, que enfrenta todos os tipos de problemas citados no parágrafo anterior. Em **Brasília** estão concentradas diversas atividades econômicas do setor terciário, ou seja, do setor de Serviços. Não restam dúvidas de que Brasília representa o centro do Distrito Federal, em termo de atividades, e o centro do Poder Político Nacional. Os principais órgãos públicos estão localizados em Brasília. A Capital é repleta de monumentos e construções de grande beleza, que servem de ponto turístico para visitantes. O povo não está na rua, como em outros grandes centros, mas existem centros de grande concentração popular como, por exemplo, a Rodoviária, o Conjunto Nacional, o Setor Comercial Sul e a Feira de Artesanato da Torre de Televisão.

3. A População do Distrito Federal

O Distrito Federal, com 2.051.146 habitantes (IBGE, 2002b), apresenta uma população heterogênea, proveniente de diversas regiões do Brasil e também de diversos lugares do mundo. Em Brasília, capital federal, estão localizados inúmeros órgãos e entidades da Administração Pública. A grande maioria dos trabalhadores que residem no Distrito Federal são servidores públicos federais ou distritais. Algumas cidades satélites como Taguatinga, Ceilândia, Sobradinho e Planaltina apresentam características de verdadeiras cidades. Outras, entretanto, são verdadeiros dormitórios e muito dependentes de Brasília. Dentre estas, pode – se citar o Guará, o Cruzeiro, o Núcleo Bandeirante e o Paranoá. As atividades industriais e agropecuárias são pouco desenvolvidas no Distrito Federal, havendo um predomínio de atividades relacionadas com a administração pública e em segundo plano, com o comércio.

4. Um panorama sócio - econômico do Distrito Federal

As atividades econômicas são divididas em três setores: primário, secundário e terciário. O **setor primário** é aquele que desenvolve atividades rurais e de extração , destacando-se a agropecuária. O **setor secundário** é composto pela atividade industrial, e o **setor terciário** reúne o comércio e a prestação de serviços. No Distrito Federal há pouca atividade industrial e agrícola, havendo um predomínio de atividades no setor terciário, especialmente aqueles que envolvem a Administração Pública. De acordo com as Tabelas 1 e 2 pode -se observar que, em 1999, dentre as áreas estudadas, o Distrito Federal foi o que apresentou maior porcentagem de ocupados na área de Serviços.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS EMPREGADAS, POR SETOR DA ECONOMIA, EM SEIS REGIÕES METROPOLITANAS DO BRASIL – 1999⁽¹⁾

CATEGORIA	DISTRIBUIÇÃO (%)					
	São Paulo	Porto Alegre	Belo Horizonte	Salvador	Recife	Distrito Federal
Indústria	19,6	19	14,4	8,1	9,3	3,9
Comércio	16,1	16,9	15	15,9	21,5	14,2
Serviço	52,7	50,2	51,3	58,5	51,5	65,3
Outros ⁽²⁾	11,6	13,9	19,3	17,5	17,7	16,6
TOTAL DE OCUPADOS	100	100	100	100	100	100

FONTE: DIEESE/SEADE, TEM/FAT e convênios regionais. PED - Pesquisa de Emprego e Desemprego

NOTAS:

(1) Médias anuais

(2) Engloba construção civil, serviços domésticos, etc.

TABELA 2 – ESTIMATIVA DO NÚMERO DE PESSOAS EMPREGADAS POR SETOR DE ATIVIDADE ECONÔMICA NO DISTRITO FEDERAL – 1999⁽¹⁾

ATIVIDADE	PESSOAS OCUPADAS	(em 1.000)
Indústria de transformação		26,4
Construção civil		27
Comércio		97,6
Serviço ⁽²⁾		383,8
Administração Pública		145,7
Outras ⁽³⁾		6
TOTAL		686,5

FONTE: CODEPLAN

NOTAS:

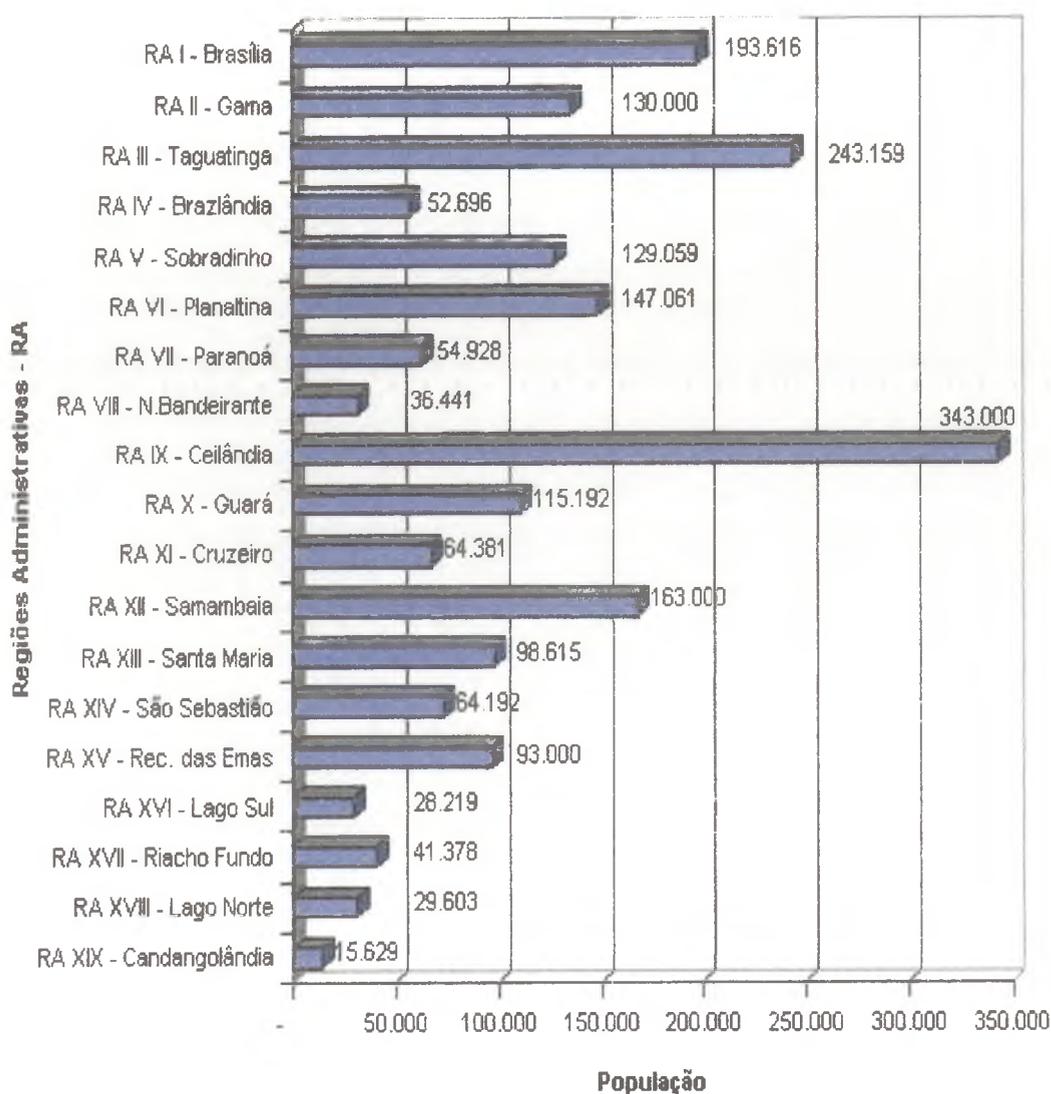
(1) Médias anuais

(2) Incluem - se os serviços públicos, privados e domésticos.

(3) Incluem -se agricultura, pecuária e extração mineral e vegetal, embaixadas, consulados e representações oficiais e políticas e outras atividades não – classificadas.

A população do Distrito Federal está distribuída nas 19 Regiões Administrativas, que estão apresentadas no Gráfico 1. A região administrativa com maior número de habitantes é a Ceilândia, seguida de Taguatinga e de Brasília. No Distrito Federal, podemos encontrar habitantes originários, principalmente, das Regiões Nordeste, Sudeste e Centro – Oeste, com predomínio de pessoas dos seguintes Estados: Bahia, Maranhão, Ceará e Minas Gerais.

GRÁFICO 1 – POPULAÇÃO DO DISTRITO FEDERAL POR REGIÃO ADMINISTRATIVA - 2000



FONTE: SUCAR

5. A Odontologia no Distrito Federal

Enquanto que na prática médica as alterações estão ocorrendo em um movimento do público para o privado, na odontologia, o movimento das mudanças vem acontecendo da prática privada autônoma para uma prática privada que utiliza intermediários na negociação entre profissionais e pacientes. A autora considera que a odontologia suplementar, atualmente, tem apresentado um expressivo crescimento. COHN e ELIAS (1996) consideram que os Serviços de Saúde são agrupados de acordo com a sua vinculação aos setores público e privado. O setor público geralmente é subdividido segundo as esferas de governo a que pertencem os serviços, podendo ser Federal, Estadual e Municipal, e o setor privado segundo as origens do capital investido, constituindo-se em lucrativos e não-lucrativos.

CORDÓN (1986) afirma que à medida que o capitalismo se expande, vão surgindo esquemas de prática profissional que tentam adaptar a realidade profissional à realidade social. Nesse contexto, a prática odontológica passa a ser realizada como uma atividade do capital. Ocorre uma reorganização do trabalho odontológico na qual o cirurgião – dentista emerge como empresário ou como assalariado. No Distrito Federal, de acordo com a Pesquisa de Campo deste trabalho, foi possível verificar a presença desses dois grupos emergentes.

No momento da pesquisa, existiam 700 Clínicas registradas no Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal. Atualmente, pode – se observar o seguinte (Tabela 3):

TABELA 3 - REGISTROS NO CFO REFERENTES AO DISTRITO FEDERAL – JUL 2002

PROFISSIONAL	TOTAL
Cirurgião - Dentista (CD)	4.160
Técnico em Higiene Dental (THD)	375
Atendente de Consultório Dentário (ACD)	506
Técnico em Prótese Dentária (TPD)	234
Auxiliar de Prótese Dentária (APD)	70
Laboratórios de Prótese Dentária	49
Clínicas	754

FONTE: CFO

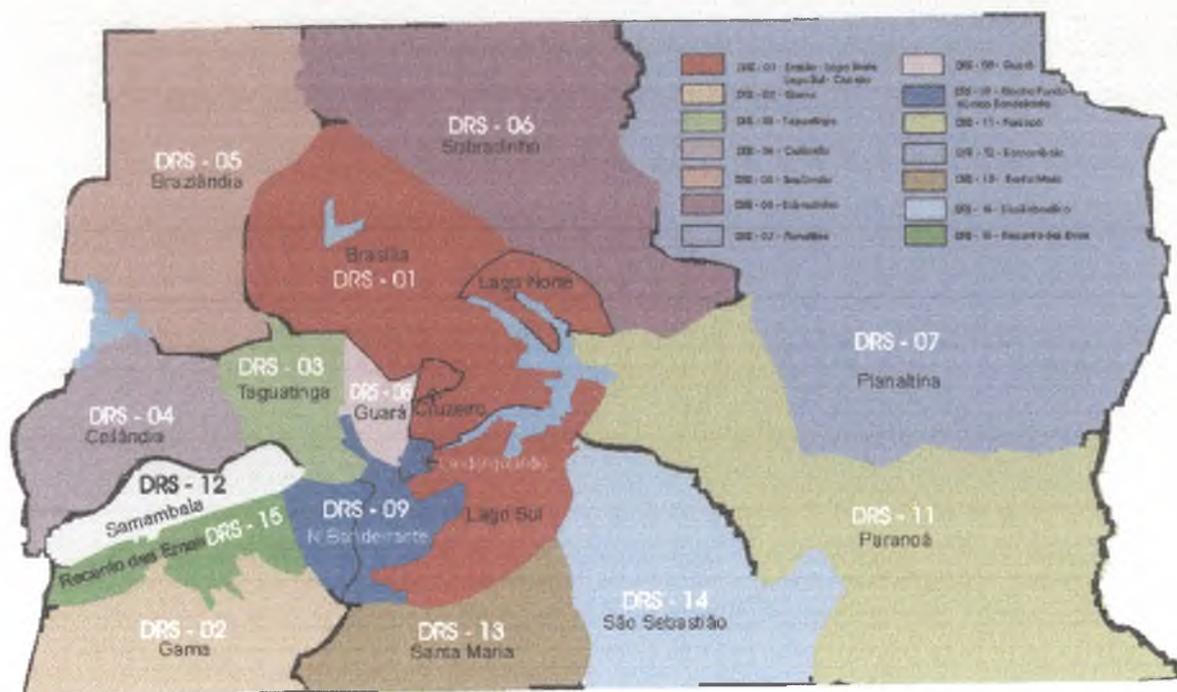
A autora ressalta que, de acordo com dados deste trabalho, foi observado que nem todo registro de Clínica no Conselho Federal de Odontologia corresponde a uma Clínica, pois as

entidades prestadoras de serviços odontológicos (as Operadoras de Assistência Odontológica, por exemplo) são cadastradas como Clínica.

5.1. Serviços Públicos

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal, gerido pela Secretaria de Saúde, é composto por uma rede hierarquizada, de amplitude crescente (ver Anexo 2). Esse Sistema apresenta duas características que o diferem do SUS das demais unidades federadas: (i) o financiamento é hegemonicamente federal e (ii) a participação do setor privado é residual. O Distrito Federal é dividido em 14 Regionais de Saúde, o que não significa necessariamente que as ações da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sejam descentralizadas. Quando não há um certo grau de autonomia administrativa e financeira, essas Regiões de Saúde transformam – se em meros instrumentos de intermediação entre a rede local e a Secretaria de Estado de Saúde. A descentralização depende das atribuições e competências dessas Regionais.

MAPA 2 – REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - 2001



FONTE: SUPLAN/SES - DF

Observa - se, no Mapa 2, que não há uma correspondência exata entre as Regiões Administrativas e as Regionais de Saúde do Distrito Federal. A Regional de Saúde 1 engloba Brasília, Lago Sul, Lago Norte e Cruzeiro, e a Regional de Saúde 9 engloba Riacho Fundo, Núcleo Bandeirante e Candangolândia. Existe uma interação entre as diversas Regionais de Saúde, principalmente em decorrência das diferentes características de cada uma (ver Anexo 2).

Em DISTRITO FEDERAL (2001), os estabelecimentos assistenciais que compõem a rede de serviços de saúde pública do Distrito Federal são classificados da seguinte maneira:

5.1.1. Posto de Saúde - Nesse tipo de estabelecimento é realizada prioritariamente assistência odontológica preventiva. O atendimento odontológico é direcionado, principalmente, para os estudantes do ensino fundamental de escolas da rede pública situadas em região de responsabilidade do posto de saúde. É também desenvolvido o Programa Cárie Zero, aberto para bebês de até 18 meses, e o atendimento de gestantes que realizam o Pré – Natal no Posto de Saúde.. De acordo com a estrutura de cada local, são realizados procedimentos curativos nas áreas de Periodontia, Dentística e Odontopediatria. A assistência à saúde oferecida no Posto de Saúde corresponde ao nível primário de atendimento, no qual a população assistida recebe informações básicas de odontologia, podendo, quando for o caso, ser encaminhada para outro nível de atenção, ou até mesmo para o setor privado, quando não houver possibilidade de assistência odontológica no setor público. É importante ressaltar que é pouco freqüente haver assistência odontológica em Postos de Saúde, considerando que estes estão situados nas zonas rurais e periféricas do Distrito Federal, possuindo estrutura bastante simplificada, praticamente sem incorporação de equipamentos e contando com recursos humanos de nível elementar ou médio, como atendentes e auxiliares de enfermagem. No Distrito Federal existem 6 Postos de Saúde Urbanos e 23 Postos de Saúde Rurais.

5.1.2. Centro de Saúde - é um estabelecimento mais complexo que o Posto, mas na área odontológica, a assistência é, praticamente, igual à oferecida no Posto de Saúde. O Centro de Saúde possui uma estrutura mais ampla, sendo possível realizar uma variedade maior de procedimentos odontológicos, mas sempre com a predominância de atividades preventivas. São realizados o Programa Cárie Zero, em crianças de 0 a 6 anos, sem cárie, a assistência odontológica para estudantes, de até 14 anos, e para gestantes em Pré – Natal na mesma Unidade de Saúde em, praticamente, todos os Centros de Saúde do Distrito Federal. Os Centro

de Saúde possuem assistência médica e odontológica com pequena incorporação de tecnologia. Além de médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, é freqüente a presença de, nutricionistas e assistente social no quadro de profissionais de nível superior dos Centros de Saúde. Além destes, trabalham auxiliares de enfermagem, agentes administrativos, atendentes de consultório dentário e técnicos em higiene dental, dentre outros. Existem 62 Centros de Saúde no Distrito Federal, localizados nas 19 Regiões Administrativas (ver Anexos 2 e 3).

5.1.3. Unidade Mista – possui características de Centro de Saúde e de Hospital, ficando em uma posição intermediária entre esses dois tipos de estabelecimentos. No Distrito Federal existem três Unidades Mistas: A Policlínica de Taguatinga, o Centro de Saúde nº 1 da Asa Sul e a Unidade Mista de São Sebastião. Nas duas primeiras há atendimento médico – odontológico especializado, atendimento de emergências e internações de pequeno porte. Na Unidade Mista de São Sebastião realizam – se atendimentos de emergência ginecológica (partos normais) e pediátrica. Essa é a única Unidade Mista que fica 24 horas em funcionamento.

5.1.4. Diretoria de Saúde do Trabalhador (DISAT) – Essa clínica de referência está situada na Asa Sul e oferece serviços odontológicos na área de Prótese, Dentística e Cirurgia (exodontias) para o **público em geral**, principalmente para os idosos. Inicialmente, no DISAT, eram atendidos apenas trabalhadores dos serviços públicos de saúde do Distrito Federal. Posteriormente, ocorreram mudanças estruturais nessa Unidade de Saúde, criando outros tipos de assistência, o que faz com que o nome atual não corresponda, exatamente, ao tipo de serviço que é oferecido, que foi ampliado para uma atendimento ambulatorial, coexistente com toda assistência que é dada ao trabalhador da Secretaria de Saúde (Perícia Médica, Acidentes do Trabalho, Vigilância Sanitária, Assistência Médica e Odontológica).

5.1.5. Hospitais – Nos Hospitais Regionais, geralmente, é feito atendimento odontológico de emergência e exodontias. No Hospital Regional da Asa Norte existe um ambulatório odontológico para pacientes especiais. No Hospital de Base, além dos atendimentos básicos realizados nos Hospitais Regionais, realizam-se cirurgias maiores na área odontológica e atendimento de politraumatizados. Os Hospitais Regionais fazem atendimento a nível secundário, enquanto que o Hospital de Base faz atendimento a nível terciário (ver Anexo 4).

5.1.6. Centro Radiológico – Situado em Taguatinga, possibilita a realização de alguns tipos de radiografias odontológicas e gerais. É a única Unidade de Saúde da rede pública especializada em Radiologia.

5.1.7. Programa Saúde da Família – A Secretaria de Saúde do Distrito Federal desenvolve o Programa Saúde da Família (PSF), organizado a nível Federal. Atualmente, as diversas equipes deste Programa, inclusive as equipes de saúde bucal, estão instaladas nos Centros e Postos de Saúde da rede pública de serviços. A equipe de saúde bucal é formada por um cirurgião-dentista, um técnico em higiene dental e um auxiliar de consultório odontológico. Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários fazem parte das diversas equipes de saúde. As equipes desenvolvem suas atividades associadas às atividades do Centro ou Posto de Saúde onde estão instaladas. Elas realizam visitas domiciliares, nas quais obtêm informações sobre a saúde da população que pertence à área de abrangência do PSF e, posteriormente, realizam um mapeamento da região visitada em função dos problemas de saúde encontrados. Finalmente, iniciam – se ações na tentativa de resolver ou, pelo menos, minimizar tais problemas. O atendimento odontológico realizado pela equipe do PSF é semelhante ao desenvolvido nos Postos ou Centros de Saúde. A diferença básica é que a Equipe de Saúde Bucal atende pacientes residentes em determinados endereços, enquanto que os profissionais da rede atendem escolares e pacientes provenientes de Programas e Atividades desenvolvidos no próprio Posto ou Centro de Saúde (Pré – Natal e Programa Cárie Zero, por exemplo).

É importante ressaltar que os estudantes da rede pública de ensino (SEE), até a 8^ª série, podem ter atendimento odontológico realizado por profissionais da SEE, integrantes do Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE), além do atendimento oferecido pela SES e pelo PSF, em seus respectivos Programas de assistência odontológica. Geralmente, o atendimento odontológico da SES, da SEE e do PSF é realizado nos Postos e Centros de Saúde da rede de serviços de saúde da SES, sendo que o da SEE ocorre, principalmente, em algumas Escolas da rede pública de ensino. Em geral, os Coordenadores dos Serviços Odontológicos de cada Regional de Saúde harmonizam o atendimento desses estudantes, evitando a ocorrência sobreposição desses Programas.

Outro aspecto importante a ser considerado é que toda a estrutura da rede de serviços do Distrito Federal está sendo revista para que ocorra uma adequação da classificação e caracterização dos serviços ao que, realmente, existe instalado no Distrito Federal. Essa revisão de termos será realizada baseando – se em definições usadas à nível Nacional, pelo Ministério da Saúde. Policlínica e Unidade Mista, por exemplo, são denominações que apresentam distinção. COHN e ELIAS (1996, p.75) consideram que:

. unidade mista: é um tipo de estabelecimento que desenvolve todas as ações características de centro de saúde, ao qual acoplam – se leitos para internações nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e de emergências. Dadas suas características de estabelecimento com internações, apresenta um grau maior de incorporação tecnológica e dispõe de recursos humanos com maior qualificação (por exemplo, médicos qualificados para atendimento nas áreas gerais da medicina). É mais freqüente nas regiões interioranas do país, sobretudo no Norte, Nordeste e parte do Centro - Oeste. Atuam na atenção secundária, modalidades ambulatorial e hospitalar geral;

. policlínica ou posto de assistência médica: tipo de serviço que apresenta atendimento ambulatorial especializado, concentrando – se nas cidades de médio e grande porte e nas regiões economicamente mais desenvolvidas. Atua no nível de atenção secundária, na modalidade ambulatorial;

A utilização de uma nomenclatura uniforme, à nível Nacional, possibilita um melhor comunicação entre as diversas esferas de Governo, dentre outras coisas.

5.2. Serviços Privados

Esse grupo pode ser dividido em três grandes grupos: privados que trabalham sem qualquer tipo de intermediário na relação profissional/paciente, privados que trabalham com intermediários e os serviços sociais autônomos. O segundo grupo é chamado atualmente de setor de Saúde Suplementar, ou no caso específico da odontologia, de Assistência Odontológica Suplementar.

5.2.1. Privado sem intermediário - Nesse setor encontram - se profissionais que conseguem desenvolver sua prática profissional sem a utilização de recursos intermediários. A negociação dos honorários a serem pagos pelo tratamento ocorre de forma direta entre o cirurgião - dentista e os seus pacientes. Nesse esquema, o profissional pode trabalhar em

consultório ou clínica próprios, em consultório ou clínica alugados, como arrendatário ou como consultor.

5.2.2. Privado com intermediários - Nessa prática aparece uma terceira pessoa na negociação entre profissional e paciente. O cirurgião - dentista trabalha nos mesmos esquemas citados no item anterior, mas com intermediários. Essa é a Assistência Odontológica Suplementar. No Distrito Federal, como há um predomínio de entidades e órgãos públicos, a maioria dos intermediários são do tipo “autogestão”. Encontram - se, em quantidade bem menor, a odontologia de grupo e a cooperativa odontológica, atuando como intermediários da prática odontológica no Distrito Federal. Os demais tipos de intermediários (cooperativas médicas, medicina de grupo, administradoras e entidades filantrópicas), de acordo com a pesquisa de campo deste trabalho, possuem uma inexpressiva participação como intermediários da prática odontológica no Distrito Federal. No momento da pesquisa, havia 60 operadoras (intermediários) registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar, dentre as quais, 28 eram intermediárias de assistência odontológica (BRASIL, 2001). A autora considera haver um crescimento da odontologia suplementar no Distrito Federal. Grande parte da população de pacientes particulares está se transformando em pacientes usuários de algum tipo de plano de assistência odontológica. Parece que essa troca no tipo de “clientela” não favorece o cirurgião - dentista, pois ele passa a ganhar menos pelos mesmos tipos de serviços oferecidos, muitas vezes podendo ocorrer uma perda na qualidade dos diversos tipos de tratamentos odontológicos, que exigem estrutura adequada para serem realizados. O produto da prática odontológica, nesse esquema, sofre alterações, em geral, prejudiciais para o paciente.

5.2. 3. Serviços Sociais Autônomos - o SESC, o SEST, o SECONCI e o SESI são os principais exemplos de serviços sociais autônomos que desenvolvem atividade na área odontológica. Esses serviços não possuem finalidade lucrativa e são mantidos por dotações orçamentárias, por contribuições fiscais e por pagamento dos usuários. Nesses serviços, é oferecida assistência odontológica global aos associados de cada instituição e seus dependentes, que pagam uma taxa simbólica pela utilização dos serviços. Achou - se conveniente colocar nesse grupo o serviço odontológico oferecido pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO), onde qualquer pessoa pode ter acesso, desde que pague pelo seu tratamento de acordo com a tabela de preços utilizada por essa entidade.

Como se pode observar, existem múltiplas formas de se receber atendimento odontológico no Distrito Federal, algumas gratuitas (como os serviços públicos) e outras não gratuitas, procedentes da odontologia privada, em suas diversas manifestações. É importante ressaltar, entretanto, que a estrutura da prática odontológica é bastante diversificada, tanto no setor privado quanto no público.

V. MATERIAL E MÉTODO

1.O problema

Historicamente, a prática odontológica tem sofrido inúmeras alterações desde os tempos remotos. Essas modificações, geralmente, estão relacionadas tanto com desenvolvimento científico e tecnológico da profissão quanto com a forma de acesso ao tratamento odontológico. Essas mudanças não ocorrem de forma isolada na sociedade. Estão intimamente relacionadas com o dinamismo da realidade sócio - econômica do país. Considerando que os serviços de saúde estão se transformando em bens de consumo, qualquer alteração na política econômica afeta, indiretamente, a área de saúde. A alteração do poder aquisitivo das pessoas faz com que elas incluam ou excluam gastos. O tratamento odontológico, geralmente, é excluído dos gastos financeiros ou postergado, quando ocorre queda de poder aquisitivo da população.

A utilização de intermediários surgiu, na área odontológica, como uma tentativa de viabilizar um maior acesso aos tratamentos odontológicos. Quando se utilizam os convênios, o conveniado (paciente) recebe uma lista de profissionais, dentre os quais ele poderá escolher o que lhe interessar. O valor da consulta para o conveniado é mais barato, sendo, também, facilitado o pagamento dos honorários pelos serviços prestados. Por outro lado, o profissional (credenciado) tem a perspectiva de um fluxo maior de pacientes, muitas vezes com a esperança de ser reconhecido por essa clientela e um dia poder encerrar o convênio e ter aquela clientela como pacientes particulares.

2. Hipóteses

Neste trabalho foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

1. Hipótese de aceitação: O crescimento do Setor de Saúde Suplementar afeta a prática odontológica;

2. Hipótese de anulação: O crescimento do Setor de Saúde Suplementar não afeta a prática odontológica.

Como foi visto, anteriormente, a prática odontológica possui os seguintes componentes no seu desenvolvimento:

1. Estrutura;
2. Processos;
3. Produto;
4. Resultados.

O objeto de estudo deste trabalho é a prática odontológica desenvolvida em Clínicas e Consultórios particulares registrados como pessoa jurídica. Para verificar qual das hipóteses anteriores é válida, a principal informação utilizada foi a média de atendimentos realizados tanto no Grupo que trabalha com intermediários (Grupo 1) com no Grupo que não trabalha com intermediários (Grupo 2). O fluxo de pacientes é o fator que dá sustentação para prática odontológica desenvolvida como atividade econômica. O Grupo das Operadoras (Grupo 3) foi utilizado apenas para o fornecimento de informações complementares.

Foram avaliados os seguintes aspectos:

1. Perfil do Responsável Técnico:
 - 1.1. Gênero;
 - 1.2. Idade;
 - 1.3. Tempo de prática odontológica;
 - 1.4. Formação acadêmica;
 - 1.5. Forma de atuação;
2. Perfil das Clínicas:
 - 2.1. Características gerais:
 - 2.1.1. Número de cirurgiões – dentistas;
 - 2.1.2. Número de consultas por mês;
 - 2.1.3. Carga horária semanal de cada cirurgião – dentista;
 - 2.1.4. Quantidade de cadeiras odontológicas utilizadas na
Clínica;
 - 2.2. Tempo de funcionamento;
 - 2.3. Integrantes da pessoa jurídica;
 - 2.4. Prática de arrendamento;

2.5. Prática de reembolso;

3. Credenciamento:

3.1. Adaptações nas Clínicas;

3.2. Recursos humanos;

3.3. Faturamento;

3.4. Funcionamento das Clínicas;

3.5. Pagamento;

3.6. Operadoras;

3.7. Prática odontológica com intermediários.

3. Objetivos

Este trabalho tem como principal objetivo fazer uma avaliação da prática odontológica com intermediários, isto é, verificar se a utilização de intermediários traz benefícios ou desvantagens para o cirurgião – dentista. É um estudo exploratório na área de Saúde Suplementar. O principal aspecto que foi considerado influenciável pela a presença do intermediário foi o número de consultas realizadas nos Grupos 1 (trabalha com intermediários) e 2 (não trabalha com intermediários).

4. Pesquisa de Campo

A pesquisa de campo deste trabalho foi realizada no Distrito Federal, no segundo semestre de 2001, em outubro e novembro. Ela teve como objetivo obter informações acerca de mudanças na prática odontológica autônoma e suas relações com o desenvolvimento do setor de Saúde Suplementar. Nesse processo, procurou-se perceber que hipótese seria comprovada com as informações obtidas. É importante ressaltar que diversos fatos inesperados foram observados, o que favoreceu a realização de importantes análises do tema em questão.

5. População

A pesquisa de campo foi realizada em Clínicas das seguintes regiões administrativas do Distrito Federal: Brasília, Gama, Taguatinga, Planaltina, Paranoá, Ceilândia, Guará, Santa Maria, Riacho Fundo e Lago Sul (Tabela 4).

O primeiro procedimento foi definir qual seria a base de dados para a realização da pesquisa. Decidiu-se utilizar uma lista de Clínicas inscritas no Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal. A primeira dificuldade foi a heterogeneidade da lista, pois havia diversos tipos de Clínicas registradas na mesma lista, havendo também operadoras de planos de assistência odontológicas registradas como Clínicas. A listagem inicial de 700 Clínicas foi estratificada em 3 Grupos da seguinte forma: Grupo 1- Clínicas que trabalham com intermediários; Grupo 2 – Clínicas que não trabalham com intermediários; Grupo 3 – Operadoras. Posteriormente foi definido que o Grupo 3 seria apenas para ilustrar a atuação de algumas operadoras no Distrito Federal. No Mapa 3 pode – se observar as Clínicas pesquisadas, situadas em sua respectiva Regional de Saúde.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS NO DISTRITO FEDERAL POR REGIÃO ADMINISTRATIVA – OUT/NOV 2001

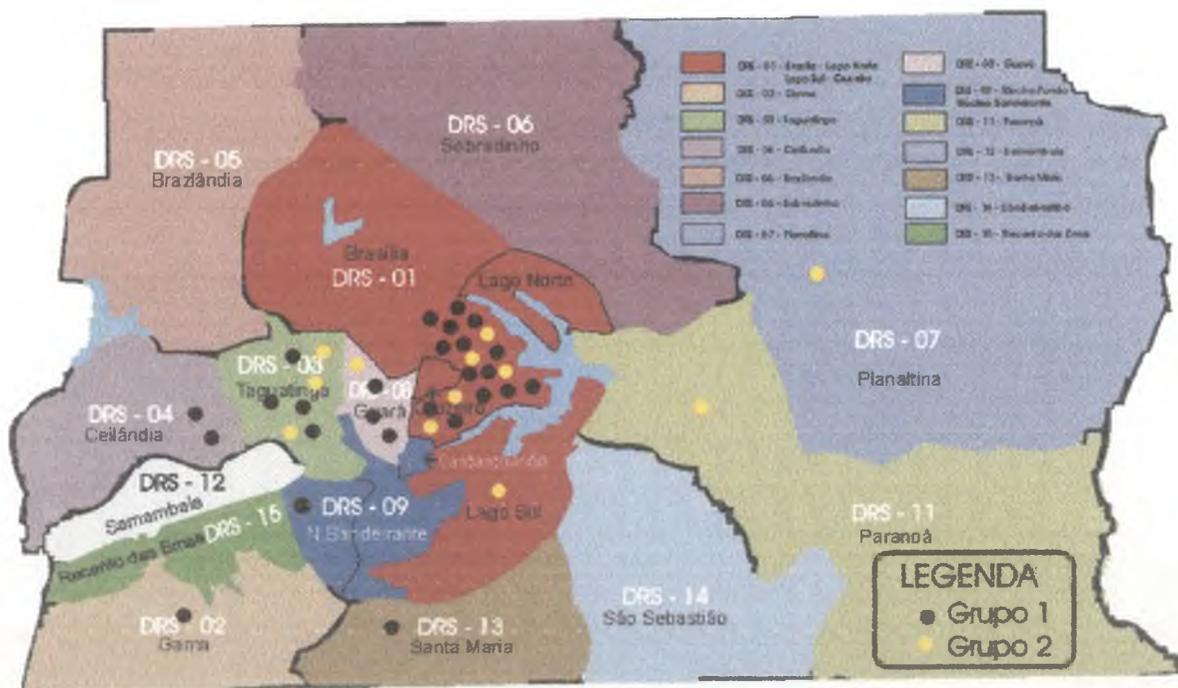
Região Administrativa	Grupo 1 ⁽¹⁾		Grupo 2 ⁽²⁾	
	N.º de Clínicas	%	N.º de Clínicas	%
I - Brasília	14	53,84	5	41,68
II - Gama	1	3,85	0	0
III - Taguatinga	4	15,38	3	25
VI - Planaltina	0	0	1	8,33
VII - Paranoá	0	0	1	8,33
IX - Ceilândia	2	7,69	0	0
X - Guará	3	11,54	1	8,33
XIII - Santa Maria	1	3,85	0	0
XVI - Lago Sul	0	0	1	8,33
XVII - Riacho Fundo	1	3,85	0	0
TOTAL GERAL	26	100	12	100

FONTE: Pesquisa de campo

(1) Grupo que trabalha com intermediários.

(2) Grupo que não trabalha com intermediários (controle)

MAPA 3 – REGIONAIS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL E LOCALIZAÇÃO DAS CLÍNICAS PESQUISADAS - 2001



FONTE: SUPLAN/SES – DF

5.1. Amostra

O objeto de estudo desta pesquisa é uma população constituída por 675 Clínicas Odontológicas registradas no Conselho Regional de Odontologia, presentes no cadastro de registro do dia 19 de julho de 2001.

Diante da existência de uma população, Clínicas do Distrito Federal, com subconjuntos homogêneos, clínicas que utilizam ou não intermediários, optou-se por um modelo de amostra aleatória estratificada. O levantamento por amostragem possui grandes vantagens em relação ao censitário, como menor tempo e custo e, no caso da amostra estratificada, esta otimização é considerada uma das maiores. STEVENSON (1981) ressalta que uma amostra estratificada fundamenta-se na divisão da população em subgrupos (estratos) e, posteriormente, é realizada a amostragem em cada subgrupo. PEREIRA (2000) considera que as amostras aleatórias são usadas quando o objetivo é determinar as características de uma população, baseando-se no exame de um pequeno número de unidades.

A estimativa do **número de consultas**, ou seja, de atendimentos realizados em cada estabelecimento, foi a variável utilizada para o cálculo do tamanho amostral. Devido a diferenças de carga horária e número de profissionais em cada clínica, foi necessária uma padronização dos valores referentes ao número de consultas por 40 horas de trabalho, em cada Clínica. À medida que a pesquisa era desenvolvida, eram realizados os cálculos estatísticos para determinação do tamanho amostral, tanto para o Grupo 1 quanto para o Grupo 2.

O tamanho da amostra foi calculado com nível de confiança superior a 95% e estimativa de erro de 5%, obtendo – se o número de 38 Clínicas, sendo 26 Clínicas que trabalham com intermediários (Grupo 1) e 12 Clínicas que não trabalham com intermediários (Grupo 2).

6. Procedimentos

Diante da necessidade de se mensurar os efeitos da utilização de intermediários na prática odontológica, para melhor compreender as modificações que este mercado vêm sofrendo, a metodologia escolhida para esta abordagem foi a **Pesquisa de Opinião**, que é hoje um dos métodos mais utilizados para suprir a necessidade de informações desse gênero. A pesquisa utilizou entrevistas pessoais, com variáveis quantitativas e qualitativas, buscando, com estas, traçar os perfis de dois grupos de empresários: o parceiro de convênio e o de clientela particular somente.

7. Descrição dos instrumentos

Foram confeccionados questionários específicos para cada grupo, que possuíam tanto perguntas abertas quanto fechadas, de acordo com os dados a serem levantados. Foi realizado um pré-teste dos questionários em 2 Clínicas do Grupo 1 e 2 Clínicas do Grupo 2, com o intuito de detectar falhas que poderiam aprimorar os questionários. Posteriormente, após aplicar questionários tanto no Grupo 1 quanto no Grupo 2 para verificar a variância, definiu-se que seriam aplicados 26 questionários no Grupo 1 e 12 questionários no Grupo 2. Os questionários foram aplicados pela pesquisadora, não havendo limite de tempo para a entrevista. É importante ressaltar que uma pequena quantidade de profissionais respondeu o questionário enquanto

atendiam pacientes, mas a grande maioria apresentou disponibilidade de horário para participar da pesquisa.

Após ter sido realizada a aplicação dos questionários, foi feita a análise dos resultados, os quais foram obtidos após transferência de todas as respostas para o programa estatístico *SPSS*. Esse programa possibilitou o cruzamento de respostas para confecção de tabelas, chegando, assim, aos resultados finais.

7.1. Pré-teste

O pré – teste dos instrumentos foi realizado na primeira semana de novembro de 2001. As Clínicas foram escolhidas por um julgamento¹⁸ da adequação para o pré – teste, sem qualquer cálculo estatístico. O principal interesse, nesse caso, era verificar a adequação dos instrumentos para a pesquisa que seria desenvolvida.

O pré-teste do questionário do Grupo 1 foi realizado em duas Clínicas situadas no Guará e o pré-teste do questionário do Grupo 2 foi realizado em uma Clínica situada no Guará e em outra situada em Brasília. A escolha das Clínicas baseou –se na proximidade da residência da autora, na presença ou ausência de intermediário e na disponibilidade do Responsável Técnico para participar da pesquisa com a maior rapidez possível, marcando a entrevista, no máximo, dentro da primeira semana de novembro de 2001.

7. 2. Análise do Pré-teste

Após a aplicação do pré – teste, algumas questões dos questionários foram alteradas, ocorrendo inclusão de outras, resultando nos questionários nº 1 e nº 2, que foram utilizados na pesquisa de campo (ver Anexo 1).

No questionário do Grupo 1 houve alterações nas questões 5, 7, 10, 19, 21, 24, 25, 26, 38, 39, 44 e o acréscimo de 2 questões. No questionário do Grupo 2 houve alterações nas questões 18, 20 e o acréscimo de 4 questões. Todas as questões que foram modificadas ficaram mais adaptadas para a finalidade da pesquisa. O pré-teste possibilitou uma melhor abordagem do

¹⁸ PEREIRA (2000) faz uma abordagem desse tipo de amostragem, conhecida por amostragem de conveniência.

assunto da pesquisa, favorecendo uma melhor coleta de dados. Todas as alterações realizadas nos questionários iniciais favoreceram o desenvolvimento da pesquisa de uma forma mais conectada com a realidade que seria estudada.

8. Análises Estatísticas

A análise estatística foi realizada com base no número de consultas realizadas por cada cirurgião – dentista, trabalhando 40 horas por semana. Inicialmente, realizou-se uma padronização da quantidade de consultas realizadas pelos profissionais nas diversas Clínicas pesquisadas, pois existia diferenças no número de profissionais e nas suas respectivas cargas horárias. Posteriormente, realizaram -se dois testes, baseando-se nos valores encontrados. O primeiro teste foi o de **comparação de duas médias de populações normais** e o segundo foi o de **significância de médias**, no qual o objetivo é avaliar suposições feitas a respeito das médias populacionais.

As diversas informações obtidas nas entrevistas foram tabuladas e analisadas com auxílio do *software SPSS 10.0 for Windows*. O *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* é um *software* estatístico, especialmente desenvolvido para ser utilizado por profissionais de ciências humanas. O *SPSS* apresenta diversos recursos estatísticos que vão desde as simples tabelas de frequências e histogramas até os sofisticados procedimentos de análises multivariadas.

Foram selecionadas para análise as questões mais significantes para o problema da pesquisa, sempre levando – se em consideração a verificação da inexistência de diferença significativa entre a média de consultas realizadas no Grupo 1 e a médias de consultas realizadas no Grupo 2. Os dados obtidos com os questionários do Grupo 3 não foram submetidos a análises estatísticas, serviram apenas como informações complementares para este trabalho.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 26 Responsáveis Técnicos de Clínicas que trabalham com intermediários (Grupo 1) e 12 Responsáveis Técnicos de Clínicas que não trabalham com intermediários (Grupo 2). Os resultados serão descritos baseando - se nas informações obtidas na aplicação dos questionários utilizados na Pesquisa de Campo. Os comentários iniciais serão sobre os aspectos relevantes observados em cada tópico e ao final do capítulo será feita uma discussão geral. Todas as tabelas e quadros deste capítulo têm como fonte a Pesquisa de Campo.

1. Perfil do Responsável Técnico

1.1. Gênero

De acordo com a Tabela 5, não existe diferença relevante na proporção de Responsáveis Técnicos dos sexos masculino e feminino.

TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR SEXO – OUT/NOV 2001

SEXO	GRUPO 1	GRUPO 2
	%	%
Feminino	42,31	41,67
Masculino	57,69	58,33
TOTAL	100	100

Dessa forma, pode – se considerar que a pesquisa teve boa abrangência em relação à questão de gênero, não havendo predomínio significativo de entrevistados do sexo masculino ou feminino nos Grupos 1 e 2.

1.2. Idade

Nas Clínicas do Grupo 1, observa – se que a maioria dos entrevistados encontram - se na faixa etária de 25 a 39 anos. Por outro lado, no Grupo 2, tem – se maior proporção de entrevistados na faixa etária de 40 a 59 anos (Tabela 6).

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR FAIXA ETÁRIA – OUT/NOV 2001

FAIXA ETÁRIA	GRUPO 1	GRUPO 2
	%	%
25 a 39 anos	53,85	33,33
40 a 59 anos	38,46	58,33
60 anos ou mais	7,69	8,33
TOTAL	100	100

Dentro do universo pesquisado, a autora considera que os profissionais mais jovens utilizam com maior frequência os diversos tipos de intermediários que são encontrados na prática odontológica, levando – se em conta a necessidade de garantir um fluxo de pacientes. Os profissionais mais antigos que já estão estabelecidos no mercado não necessitam dessa alternativa para garantir os seus rendimentos.

1.3. Tempo de Prática Odontológica

O tempo de prática odontológica muitas vezes é uma das exigências para se estabelecer vínculo com operadoras. Na Tabela 7, observa - se que existem profissionais com até 10 anos de atuação apenas no Grupo 1. Isso pode indicar uma necessidade de ter vínculo com operadoras para garantir um fluxo de pacientes, pois esse tipo de profissional ainda está se estabelecendo no mercado e, conseqüentemente, necessita de inúmeras estratégias para obter os seus rendimentos.

Por outro lado, no Grupo 2, existe um percentual expressivo de profissionais com tempo de atuação na faixa de 21 a 30 anos. Parece que os profissionais mais “antigos” tendem a não utilizar os intermediários em sua prática. Estes encontram – se totalmente estabelecidos no mercado, não precisando de alternativas para melhorar os seus rendimentos.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS RESPONÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DO DISTRITO FEDERAL, POR TEMPO DE ATUAÇÃO EM ODONTOLOGIA – OUT/NOV 2001

TEMPO DE ATUAÇÃO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	%		%	
0 a 10 anos	30,77		0	
11 a 20 anos	46,15		50	
21 a 30 anos	19,23		41,67	
31 anos ou mais	3,85		8,33	
TOTAL	100		100	

1.4. Formação acadêmica

Dentro do universo pesquisado, no Grupo 1, proporcionalmente, há menos Responsáveis Técnicos especialistas que no Grupo 2 (Tabela 8). As exigências para a realização de credenciamentos poderiam levar a crer que seria observado o contrário, pois é comum a realização de credenciamentos apenas com especialistas.

TABELA 8 – CURSOS REALIZADOS PELOS RESPONÁVEIS TÉCNICOS ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

CURSO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREQÜÊNCIA	%	FREQÜÊNCIA	%
Graduação	26	41,27	12	40
Aperfeiçoamento	14	22,22	9	30
Especialização	15	23,81	8	26,67
Mestrado	1	1,59	1	3,33
Doutorado	0	0	0	0
Outros	7	11,11	0	0
TOTAL	63	100	30	100

TABELA 9 – OBJETIVOS DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, EM FAZER ALGUM CURSO – OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA	%
Facilitar o acesso a credenciamentos	5	20
Crescer profissionalmente	20	80
TOTAL	25	100

De acordo com dados da Tabela 10, no Grupo 1, 57,7% dos Responsáveis Técnicos responderam ter curso de especialização, mas na Tabela 9, observa-se que apenas 20% do total de respostas dos Responsáveis Técnicos foram positivas para o item que relaciona o fato de ter feito algum tipo de curso com a finalidade de facilitar o acesso a credenciamentos. Dessa forma, pode-se constatar que, neste estudo, trabalhar com intermediários na prática odontológica não é o principal fator que estimula o Responsável Técnico a realizar um curso de especialização. Parece, entretanto, que o predomínio da necessidade de crescimento profissional, como motivo para se fazer uma especialização, ocorra em função de um possível estado de alienação do profissional em relação ao processo de mercado de trabalho em odontologia. Nota-se, na Tabela 8, que a maioria dos Responsáveis Técnicos participantes da pesquisa somente têm o curso de Graduação e que os cursos de Aperfeiçoamento e Especialização são os mais realizados pelos Responsáveis Técnicos que possuem algum tipo de curso.

TABELA 10 – RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DO GRUPO 1, ENTREVISTADOS EM CLÍNICAS NO DISTRITO FEDERAL, QUE POSSUEM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO - OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	FREQÜÊNCIA	%
Não	11	42,30
Sim	15	57,70
TOTAL	26	100

1.5. Forma de atuação

Em relação à quantidade de consultórios registrados como Clínica, de acordo com a Tabela 11, foi possível verificar quantidade maior no Grupo 1 que no Grupo 2. Os Quadros 2 e 3, apresentados no tópico em seqüência “Perfil das Clínicas”, demonstram algumas características de funcionamento das Clínicas dos Grupos 1 e 2. Pode -se observar, nesses Quadros, que 42,1% das Clínicas pesquisadas possuem apenas uma cadeira odontológica, sendo verdadeiros consultórios ao invés de Clínicas, ou seja, são Clínicas apenas no documento, quando registradas como pessoa jurídica, ou de fantasia, quando registradas como pessoa física. Considerando que, de acordo com a Tabela 11, há um predomínio de Clínicas registradas como pessoa jurídica, é possível relacionar esse resultado com a necessidade de ser pessoa jurídica para ter acesso aos credenciamentos, pois na Tabela 13 observa -se que a maioria das respostas dos entrevistados do Grupo 1 que atuam como pessoa jurídica revelou atuar dessa forma para viabilizar o acesso a convênios e credenciamentos. Já no Grupo 2, a maioria das respostas dadas como motivo para integrar a pessoa jurídica referem -se à finalidade de pagar menos impostos. A Tabela 12 demonstra os diversos tipos de pessoa jurídica encontrados na pesquisa. No Grupo 1, houve o predomínio da Sociedade Limitada, enquanto que no Grupo 2 houve o predomínio da Sociedade Civil Limitada, que, teoricamente, não existe. De qualquer forma, esses tipos predominaram, provavelmente, por apresentarem maiores vantagens fiscais para os sócios da pessoa jurídica.

TABELA 11 – FORMA DE PRÁTICA ATUAL DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

FORMA DE PRÁTICA ATUAL	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREQÜÊNCIA	%	FREQÜÊNCIA	%
Consultório Pessoa Física	3	10,34	1	7,70
Consultório Pessoa Jurídica	23	79,32	10	76,91
Outros	3	10,34	2	15,39
TOTAL	29	100	13	100

TABELA 12 – TIPO DE PESSOA JURÍDICA DAS CLÍNICAS PESQUISADAS NO DISTRITO FEDERAL - OUT/NOV 2001

PESSOA JURÍDICA	GRUPO 1	GRUPO 2
Sociedade Civil Limitada (S/C) (LTDA)	6	6
Sociedade Civil com fins lucrativos	1	4
Sociedade Limitada (LTDA)	14	2
Firma Individual	4	0
Outros	1	0
TOTAL	26	12

TABELA 13 – MOTIVAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NO DISTRITO FEDERAL, PARA INTEGRAR SUA RESPECTIVA PESSOA JURÍDICA - OUT/NOV 2001

RESPOSTA	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREQÜÊNCIA	%	FREQÜÊNCIA	%
Ampliar consultório particular	4	12,50	4	25
Pagar menos impostos	6	18,75	7	43,75
Acesso a convênios e credenciamentos	19	59,37	4	25
Outros	3	9,38	1	6,25
TOTAL	32	100	16	100

2. Perfil das Clínicas

2.1. Características Gerais

As Clínicas pesquisadas apresentaram diferentes estruturas de funcionamento. Os Quadros 2 e 3 demonstram algumas características de cada Clínica, que servem para mostrar a heterogeneidade encontrada nos dois Grupos pesquisados. Proporcionalmente, existem mais consultórios registrados como Clínica no Grupo 1 (46,15%) que no Grupo 2 (33,33%). As análises estatísticas demonstraram que, após padronizar as informações dos quadros 2 e 3, a diferença das médias de consultas realizadas nos dois grupos não foi significativa.

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

G ₁	CD	Consultas ⁽¹⁾ / mês	Carga horária semanal de cada CD	Cadeira Odontológica
1	1	200	40 horas.	1
2	2	200	A - 45 horas; B - 45 horas.	2
3	1	160	40 horas.	1
4	5	288	A - 22:30 horas; B - 7:30 horas; C - 15 horas; D - 7:30 horas; E - 7:30 horas.	3
5	2	388	A - 44 horas; B - 2 horas.	2
6	2	144	A - 28 horas; B - 5 horas.	1
7	2	68	A - 12 horas; B - 20 horas.	1
8	4	196	A - 32 horas; B - 8 horas; C - 4 horas; D - 8 horas.	2
9	2	520	A - 40 horas; B - 18:30 horas.	2
10	2	120	A - 37 horas; B - 9 horas.	2
11	2	160	A - 44 horas; B - 26 horas.	2
12	3	298	A - 23 horas; B - 29 horas; C - 5 horas.	2
13	1	400	55 horas.	1
14	3	404	A - 26 horas; B - 28 horas; C - 20 horas.	2
15	2	184	A - 35 horas; B - 9 horas.	1
16	1	120	35 horas.	1
17	7	210	A - 45 horas; B - 5 horas; C - 5 horas; D - 39 horas; E - 20 horas; F e G são Consultores ⁽²⁾ .	2
18	1	240	40 horas.	1
19	1	80	24 horas.	1
20	2	260	A - 37:30 horas; B - é Consultor.	1
21	1	400	35 horas.	2
22	1	100	32 horas.	1
23	1	50	17:30 horas.	1
24	2	160	A - 40 horas; B - 20 horas.	2
25	11	700	A - 16 horas; B - 12 horas; C - 16 horas; D - 16 horas; E - 20 horas; F - 12 horas; G - 8 horas; H - 12 horas; I - 16 horas; J - 20 horas; K - 5 horas.	6
26	6	288	A - 12 horas; B - 5 horas; C - 16 horas; D - 12 horas; E - 12 horas; F - 20 horas.	5

NOTAS:

(1) O **número de consultas por mês** engloba as consultas iniciais, para execução de tratamentos, para atendimento de emergências, eventuais (sem marcação), de retorno para controle de tratamentos realizados e finais, ou seja, todo e qualquer encontro no consultório, entre o cirurgião-dentista e o paciente, com a finalidade de realização de algum tipo de atendimento odontológico;

(2) Os profissionais **Consultores** aparecem eventualmente no consultório, dependendo do caso clínico, para realizarem o atendimento odontológico que foi requisitado pelo colega. Quando trabalham, algum profissional deixa de trabalhar para ceder lugar para ele, não sendo necessário, dessa forma, contar a carga horária deles, pois haveria uma superposição do horário do profissional fixo que se ausentou com o prestador.

QUADRO 3 – CARACTERÍSTICAS DO FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 2, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

G ₂	CD	Consultas ⁽¹⁾ / mês	Carga horária semanal de cada CD	Cadeira Odontológica
1	2	316	A – 24 horas; B – 24 horas.	1
2	3	200	A – 16 horas; B – 4 horas; C – 16:30 horas.	2
3	1	250	21 horas.	3
4	7	512	A – 30 horas; B – 13 horas; C – 36 horas; D – 9 horas; E, F e G são Consultores.	4
5	3	1400	A – 40 horas; B – 40 horas; C – 20 horas.	8
6	1	160	31:30 horas.	2
7	4	320	A – 36 horas; B – 8 horas; C – 32 horas.	2
8	1	80	33:30 horas.	1
9	10	1200	A – 30 horas; B – 30 horas; C – 30 horas; D – 30 horas; E – 40 horas; F – 40 horas; G – 40 horas; H – 40 horas; I – 40 horas; J – 40 horas.	8
10	1	96	28 horas.	1
11	6	180	A – 16 horas; B – 16 horas; C – 16 horas; D – 16 horas; E – 16 horas; F – 16 horas.	2
12	1	264	44 horas.	1

Foram realizados dois testes estatísticos baseando – se no número de consultas realizadas em cada Clínica por cirurgião – dentista com dedicação de 40 horas semanais.

TABELA 14 - MEDIDAS DESCRITIVAS DO NÚMERO DE ATENDIMENTOS EM CADA GRUPO DE CLÍNICAS SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

GRUPOS	MÉDIA DE ATENDIMENTOS	DESVIO PADRÃO	VARIÂNCIA	TAMANHO DE CADA GRUPO
1	180,731	92,439	8544,9	26
2	233,5	146,309	21406,3	12

Para o primeiro teste, foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

$H_0: \mu_{G1} = \mu_{G2}$ (Média de atendimento no G₁ é igual à média de atendimento do G₂);

$H_1: \mu_{G1} > \mu_{G2}$ (Média de atendimento no G₁ é maior que a média de atendimento do G₂).

O primeiro teste, denominado “Comparação de duas médias de populações normais” demonstrou que, a 5% de erro, não há evidências para dizer que a média de atendimento no Grupo 1 seja maior que a média de atendimentos no Grupo 2. (Tabela 15).

TABELA 15 – TESTE DE INDEPENDÊNCIA DE AMOSTRAS DE CLÍNICAS PESQUISADAS NO DF – OUT/NOV 2001

		Nº de Consultas por dentista com dedicação 40hrs.	
		Assumindo variâncias iguais	Não assumindo variâncias iguais
Teste para igualdade de variâncias de Levine	F	1,578	
	Sig.	,217	
Teste t p/ igualdade de médias	t	-1,354	-1,148
	df	36	15,200
	Sig. (bicaudal)	,184	,269
	Diferença de médias	-52,7692	-52,7692
	Erro padrão	38,9790	45,9620
	Confiança de 95% Intervalo de diferença	Abaixo Acima	-131,8224 26,2839

O segundo teste realizado foi o de “Significância de Médias”, no qual o objetivo é avaliar suposições feitas a respeito das médias populacionais. Nesta pesquisa, supõem – se haver uma diferença no número de consultas realizadas em cada Grupo de Clínica (Grupos 1 e 2). Nesse teste as informações são verificadas com base em dados amostrais, sendo possível a sua realização quando as variâncias são conhecidas ou desconhecidas.

As suposições a serem testadas neste teste são as seguintes:

$H_0: \mu_{G1} = \mu_{G2}$ (Média de atendimento no G_1 é igual à média de atendimento do G_2);

$H_1: \mu_{G1} \neq \mu_{G2}$ (Média de atendimento no G_1 é diferente que a média de atendimento do G_2).

Na Tabela 14, nota – se que as médias de atendimentos em cada grupo são diferentes, porém com alto desvio padrão. O resultado do teste de significância de médias demonstrou que, tanto para a variância conhecida quanto para a desconhecida, não existem evidências que rejeitem

a hipótese de que a média de atendimento no Grupo 1 é igual à média de atendimento no Grupo 2 (Tabela 16). A diferença que existe entre as médias de consultas de cada grupo de Clínicas são apenas **casuais** e não **reais**. As diferenças casuais são consideradas **não significativas**.

TABELA 16 - TESTE DE SIGNIFICÂNCIA PARA AS MÉDIAS DE CADA GRUPO DE CLÍNICAS, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

		t	Intervalo de confiança para a diferença com 95%	
			Inferior	Superior
Consultas	Se as variâncias fossem iguais	-1,354	-131,8224	26,2839
	Se as variâncias fossem diferentes	-1,148	-150,623	45,0846

2.2. Tempo de funcionamento

De acordo com os dados da Tabela 17, não se verifica influência do intermediário no tempo de funcionamento das Clínicas. Pode – se verificar que até 5 anos de funcionamento o percentual de Clínicas é parecido, não havendo uma diferença significante. Verifica – se, entretanto, que até 10 anos de funcionamento, o Grupo 1 apresenta um percentual Clínicas maior que o do Grupo 2.

TABELA 17 – TEMPO DE FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

TEMPO DE FUNCIONAMENTO	GRUPO 1	GRUPO 2
	%	%
1 a 5 anos	50	66,68
6 a 10 anos	34,62	8,33
11 a 15 anos	11,54	8,33
16 a 20 anos	0	8,33
21 a 30 anos	3,84	8,33
TOTAL	100	100

2.3. Integrantes da pessoa jurídica

Na sociedade formada para composição de Clínicas Odontológicas, os integrantes não precisam ser, necessariamente, cirurgiões - dentistas. Atualmente, existem Clínicas nas quais nenhum integrante da sociedade é cirurgião - dentista, ou seja, o Responsável Técnico trabalha na Clínica, mas não é proprietário desse estabelecimento. Dados obtidos na pesquisa demonstraram que a existência de integrante da pessoa jurídica que não é cirurgião - dentista no Grupo 2 é maior do que no Grupo 1 . A Tabela 18 mostra as seguintes frequências de respostas:

TABELA 18 – OCORRÊNCIA DE INTEGRANTES DA PESSOA JURÍDICA QUE NÃO SÃO CIRURGIÕES - DENTISTAS EM CLÍNICAS SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL OUT/NOV 2001

RESPOSTA	CLÍNICAS DO GRUPO 1	CLÍNICAS DO GRUPO 2
	%	%
Sim	19,23	33,33
Não	76,92	66,67
Não respondeu a questão	3,85	0
TOTAL	100	12

Como é possível observar, a frequência de sócio que não é cirurgião-dentista é, proporcionalmente, maior no Grupo 2. Baseando – se nos dados presentes na Tabela 18 verifica - se que 33,33% das Clínicas que são pessoa jurídica do grupo 2 e 19,23% das Clínicas que são pessoa jurídica do Grupo 1 possuem sócios que não são cirurgiões - dentistas. Dessa forma, dentro do universo estudado, não se pode considerar que, na sociedade, a presença do sócio que não é cirurgião - dentista seja um fator conseqüente à presença dos intermediários na prática odontológica. Geralmente, a sociedade é organizada de forma que os encargos tributários sejam os menores possíveis.

2.4. Prática do arrendamento

Existem, atualmente, diversas formas de inserção do cirurgião-dentista no processo social de produção. Nem sempre o profissional possui condições financeiras suficientes para trabalhar em estabelecimento próprio. Muitos profissionais montam seu consultório ou Clínica,

mas não conseguem formar uma “clientela” capaz de manter tal estabelecimento em funcionamento. O arrendamento surge, muitas vezes, como uma opção alternativa de trabalho. Na Tabela 19, verifica –se que a ocorrência de arrendamento no Grupo 2 é, proporcionalmente, maior do que no Grupo 1.

TABELA 19 – EXISTÊNCIA DO ESQUEMA DE ARRENDAMENTO NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

RESPOSTA	GRUPO 1		GRUPO 2	
	FREQÜÊNCIA	%	FREQÜÊNCIA	%
Não	3	11,54	1	8,33
Sim	7	26,92	6	50
Não responderam	16	61,54	5	41,67
TOTAL	26	100	12	100

Observa –se que 61,54% dos Responsáveis Técnicos do Grupo 1 não responderam a questão que envolvia arrendamento, ficando difícil estabelecer relações com a presença de intermediários. Por outro lado, 58,33% dos questionários do Grupo 2 tiveram essa questão respondida, sendo 85,71% das respostas favoráveis para o arrendamento. O arrendamento poderia ser considerado uma opção de prática para o profissional que não possui acesso aos credenciamentos poder trabalhar em estabelecimento estruturado com intermediários. Os dados deste trabalho, entretanto, contradizem o exposto anteriormente, considerando que proporcionalmente, no Grupo 2 ocorre mais arrendamento que no Grupo 1. É importante ressaltar que, dentro do universo estudado, o arrendamento é uma prática pouco expressiva, considerando que do total da amostra (Grupos 1 e 2) apenas em 34,21% das Clínicas ocorre esse esquema de trabalho.

2.5. Prática do reembolso

Atualmente, é muito comum pessoas pedirem algum tipo de comprovante de pagamento do tratamento para que possam conseguir, na instituição onde trabalham, reembolso dos gastos com seu respectivos tratamentos odontológicos. Em alguns casos, a instituição empregadora possui tabela própria que deverá ser utilizada para aquele procedimento. Em outros

TABELA 21 – ADAPTAÇÕES REALIZADAS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS O INÍCIO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS – OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	%
Ampliação do espaço físico	2	2,67
Contratação de pessoal	8	10,67
Compra de equipamentos	14	18,67
Ampliação do estoque de ⁽¹⁾ insumos	11	14,67
Redução do tempo de duração das consultas	4	5,33
Documentação	19	25,33
Nenhuma	5	6,66
Outras	12	16
TOTAL	75	100

NOTAS:

(1) Nessa tabela a palavra insumos refere – se a materiais odontológicos

3.2. Recursos Humanos

Apenas 8 Responsáveis Técnicos do Grupo 1 responderam a questão 30 do questionário 1 afirmando que houve contratação de pessoal, ou seja, em 30,76% das Clínicas do Grupo 1 houve contratação de pessoal, após a Clínica vincular – se a operadoras. Na Tabela 22 pode – se observar que o Contador foi o profissional mais requisitado, pois 87,5% do total de Clínicas do Grupo 1 contrataram Contador. É importante considerar que a contratação de um contador é norma obrigatória para atuação como pessoa jurídica. Das Clínicas que contrataram Contador, de acordo com dados do questionário, 87,71% apresentou alteração em documentação referente à formação de uma pessoa jurídica. Dados deste trabalho demonstraram que a ampliação dos recursos humanos que ocorre após a realização de vínculo com operadoras é pouco expressiva, exceto no caso do contador que, por uma obrigatoriedade, tende a ser contratado na fase de formação da pessoa jurídica. Observa – se que não há ampliação significativa dos recursos humanos das Clínicas do Grupo 1, depois que foi estabelecido vínculo com operadoras de planos de assistência odontológica.

TABELA 22 – CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS CONTRATADOS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS O INÍCIO DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS – OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	%
Cirurgião -Dentista	1	8,33
Técnico em Higiene Dental	1	8,33
Técnico em Prótese Dental	0	0
Auxiliar de Consultório Dentário	1	8,33
Secretária Administrativa	2	16,67
Contador	7	58,34
TOTAL	12	100

Tanto as Clínicas do Grupo 1 quanto as Clínicas do Grupo 2 trabalham com recursos humanos auxiliares. Na Tabela 23 observa-se que o profissional mais freqüente em ambos os Grupos é o contador, que é um auxiliar indireto da prática odontológica. O auxiliar de consultório dentário apresenta uma freqüência significativa nos dois Grupos estudados. As Clínicas que não trabalham com intermediários (Grupo 2), de acordo com os dados da Tabela 23, parecem possuir, proporcionalmente, maior capacidade em recursos humanos. Esses dados demonstram que a presença do intermediário não contribui para que ocorra uma ampliação da quantidade de recursos humanos auxiliares da prática odontológica.

TABELA 23 – CATEGORIAS DE PROFISSIONAIS AUXILIARES DA PRÁTICA ODONTOLÓGICA QUE TRABALHAM NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	CLÍNICAS DO GRUPO 1		CLÍNICAS DO GRUPO 2	
	FREQÜÊNCIA	%	FREQÜÊNCIA	%
Técnico em Higiene Dental	2	3,39	3	6,38
Auxiliar de Consultório Dentário	19	32,2	10	21,27
Técnico em Prótese Dental	1	1,7	4	8,51
Secretária Administrativa	6	10,17	6	12,77
Contador	25	42,38	12	25,53
Faxineira	3	5,08	7	14,9
Outros	3	5,08	5	10,64
TOTAL	59	100	47	100

3.3. Faturamento

Em relação ao faturamento da Clínica, de acordo com a percepção dos Responsáveis Técnicos, houve uma ampliação (Tabela 24), sendo mais freqüente uma acréscimo no faturamento de até 20%. Pode – se relacionar o aumento no faturamento com o aumento na procura por serviços odontológicos e com um conseqüente aumento na produção. Ao se fazer a avaliação da Tabela 25 verifica -se que a faixa mais freqüente de aumento da produção é de 0 a 20%. Na Tabela 26, observa-se que a procura ampliou, com maior freqüência, na faixa de 41% a 60%.

Considerando que nem todos que procuram os serviços odontológicos realizam tratamento, produção e faturamento apresentam uma relação mais direta, sendo que o aumento na procura indica uma tendência para o aumento no faturamento, que nem sempre ocorrerá na proporção do aumento da procura. De acordo com a percepção dos Responsáveis Técnicos, considera -se que no Grupo 1, após ter sido estabelecido vínculo com operadoras, ocorreu uma ampliação do faturamento da Clínica.

TABELA 24 – FATURAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001

INTERVALO DE AUMENTO	CLÍNICAS DO GRUPO 1
	FREQÜÊNCIA
De 0 a 20%	10
De 21 a 40%	7
De 41 a 60%	6
61% ou mais	2
Ocorreu redução no faturamento	1
TOTAL	26

TABELA 25 – PRODUÇÃO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO O VÍNCULO COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001

INTERVALO DE AUMENTO	CLÍNICAS DO GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	
De 0 a 20%		9
De 21 a 40%		6
De 41 a 60%		7
De 61 a 80%		1
De 81 a 100%		3
TOTAL		26

TABELA 26 – PROCURA POR SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS - OUT/NOV 2001

INTERVALO DE AUMENTO	CLÍNICAS DO GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	
De 0 a 20%		8
De 21 a 40%		5
De 41 a 60%		9
61% ou mais		3
Ocorreu redução na procura		1
TOTAL		26

3.4. Funcionamento das Clínicas

As consultas odontológicas apresentam grande variabilidade de duração dependendo do procedimento que será realizado. Quando o profissional trabalha em equipe o tempo de sua consulta tende a ser menor do daquele que trabalha individualmente, realizando o mesmo procedimento. Os dados da pesquisa demonstram que, após ter sido estabelecido vínculo com operadoras, na maioria das Clínicas do Grupo 1 (Tabela 27), se houve alguma mudança na duração das consultas, isso não afetou o horário de funcionamento da Clínica. O vínculo com operadoras parece não afetar o tempo de funcionamento das Clínicas do Grupo 1. É importante ressaltar que a redução do tempo da consulta, uma ocorrência aparentemente comum na prática da medicina de convênios e no setor público para compensar a baixa remuneração, tem baixa

freqüência na área odontológica. Existe uma diferença entre a consulta médica e a consulta odontológica, que na maioria das vezes envolve procedimentos cirúrgicos, ou seja, de intervenção no paciente, os quais possuem etapas que devem ser realizadas em uma única consulta. Não tem como anestesiá-lo e pedir que ele retorne na próxima consulta, por exemplo.

TABELA 27 – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, APÓS TER SIDO ESTABELECIDO VÍNCULO COM OPERADORAS - OUT/NOV 2001

RESPOSTAS	CLÍNICAS DO GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	%
Ampliação	4	15,38
Redução	2	7,69
Nada ocorreu	20	76,92
TOTAL	26	100

3.5. Pagamento

Nesta pesquisa, foi possível observar que a maioria das Clínicas que trabalham com intermediários (Grupo 1) recebem os honorários, correspondentes ao tratamento de usuários de planos de assistência odontológica, via depósito em conta realizado pelas operadoras (Tabela 28). As operadoras pagam pelos serviços odontológicos prestados de acordo com a produção do cirurgião – dentista.

TABELA 28 – FORMA DE PAGAMENTO DAS OPERADORAS VINCULADAS ÀS CLÍNICAS DO GRUPO 1, SITUADAS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

FORMA DE PAGAMENTO	CLÍNICAS DO GRUPO 1
	%
Depósito em conta	92,3
Cheque	7,69
Outros	11,53
TOTAL	100

3.6. Operadoras

No Distrito Federal, encontram –se diversos tipos de instituições, relacionadas com a Administração Pública e também com o setor privado, que oferecem algum tipo de benefício para o trabalhador, relacionado com assistência médica e/ou odontológica. Baseando-se nessa constatação, a autora considera que os serviços do SUS são freqüentados, predominantemente, por pessoas que não possuem esse tipo de benefício, ou seja, pela parcela da população desempregada ou que não possui uma renda fixa. Dados da PNAD realizada pelo IBGE em 1998, mostram que a cobertura dos Planos de Saúde¹⁹, em pessoas de 10 anos ou mais, no Distrito Federal é de 33,8%. No Brasil, essa cobertura é de 25,4%. Na Tabela 29, observa -se que todas as Clínicas do Grupo 1 possuem vínculo com alguma Autogestão. Os demais tipos de operadoras aparecem de forma pouco expressiva na caracterização dos vínculos que se estabelecem na área odontológica no Distrito Federal.

TABELA 29 – VÍNCULO DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001

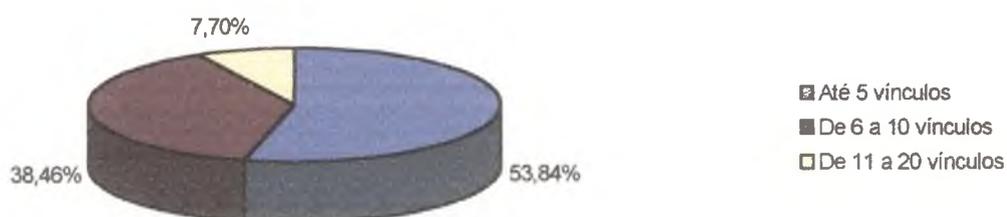
RESPOSTAS	GRUPO 1	
	FREQÜÊNCIA	%
Cooperativa odontológica	3	6,52
Odontologia de grupo	6	13,04
Autogestão	26	56,53
Medicina de grupo	5	10,87
Seguradora	3	6,52
Outros	3	6,52
TOTAL	46	100

As Medicinas de Grupo, Cooperativas Médicas e Seguradoras nem sempre possuem planos odontológicos ou planos de saúde que incluem serviços odontológicos. Como informação complementar, no Gráfico 2, pode ser verificado que 53,84% das Clínicas do Grupo 1 possuem

¹⁹ De acordo com o Manual de Entrevista da PNAD de 1998, entende – se por Plano de Saúde Médico ou Odontológico o contrato ou direito adquirido individualmente ou através de empregador (público ou privado), visando o atendimento de saúde a ser prestado por profissionais e/ou empresas de saúde (clínicas, laboratórios, hospitais, etc). O usufruto desse direito é garantido pelo pagamento de mensalidade paga diretamente pela pessoa, por seu empregador ou através de desconto mensal em folha de pagamento.

até 5 vínculos com operadoras de planos de assistência odontológica e que apenas 7,69% possuem acima de 10 vínculos.

GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CLÍNICAS DO GRUPO 1, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, POR INTERVALO DE QUANTIDADE DE VÍNCULOS COM OPERADORAS – OUT/NOV 2001



3.7. Prática odontológica com intermediários

Os dados da pesquisa demonstram que 65,38% dos Responsáveis Técnicos do Grupo 1 estão satisfeitos em trabalhar com intermediários (Tabela 30). A autora ressalta que, para muitos profissionais, a prática odontológica com intermediários deve ser a única fonte de renda, daí a satisfação em trabalhar nesse esquema observada no Grupo 1.

TABELA 30 – OPINIÃO SOBRE A PRÁTICA ODONTOLÓGICA COM INTERMEDIÁRIOS NO DISTRITO FEDERAL – OUT/NOV 2001

SATISFEITOS	RESPONSÁVEIS TÉCNICOS	
	%	
Sim	65,38	
Não	34,61	
TOTAL	100	

4. Discussão Geral

Inicialmente é importante ressaltar que todos os resultados devem ser associados ao fato de que a média de consultas realizadas nos dois Grupos não apresenta diferença significativa,

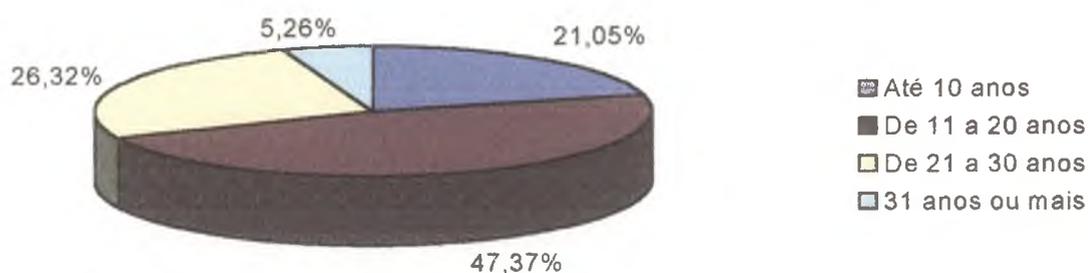
como foi visto nas análises estatísticas. Em alguns casos foi realizado um estudo comparativo entre os dois Grupos envolvidos na pesquisa e em outras situações foi realizada análise isolada do Grupo que trabalha com os intermediários (Grupo 1).

A princípio, imaginou –se que a presença do intermediário ocasionaria diversas alterações na prática profissional do cirurgião – dentista. Em relação ao perfil do Responsável Técnico, observou – se que trabalhar com intermediários não é o principal fator que o estimula a realizar um curso de especialização. No Gráfico 3, coloca - se que na amostra predominaram Responsáveis Técnicos formados no intervalo de tempo de 11 a 20 anos. Esses profissionais vivenciaram época em que as exigências para se efetuar um credenciamento eram mínimas. O principal objetivo em fazer um curso de especialização era o crescimento profissional. Nos últimos doze anos houve mudanças nesse cenário, diretamente associadas a mudanças sócio – econômicas no Brasil. Ocorreu grande redução no poder aquisitivo da população e, paralelamente, a criação de inúmeras faculdades de odontologia, sem nenhuma avaliação da real necessidade de cirurgiões – dentistas nas diversas Regiões do Brasil. Provavelmente, os profissionais formados nessa época sejam os mais afetados com o crescimento do setor de Saúde Suplementar.

Os resultados demonstraram que existe diferença entre os dois Grupos estudados na finalidade de constituir pessoa jurídica. No Grupo 1, fazer credenciamentos é o principal motivo para se constituir uma sociedade. No Grupo 2, pagar menos impostos é a principal razão para compor uma pessoa jurídica. Em ambas as situações, são fatores econômicos que determinam a forma de atuação profissional no mercado de trabalho como pessoa jurídica ou pessoa física.

O esquema de arrendamento não apresentou relação direta com a presença de intermediários na prática odontológica. É uma modalidade de trabalho utilizada, principalmente, por aqueles que não possuem condições de montar um estabelecimento de trabalho próprio.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RESPONSÁVEIS TÉCNICOS, ENTREVISTADOS NAS CLÍNICAS DOS GRUPOS 1 E 2, LOCALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL, POR INTERVALO DE TEMPO DE PRÁTICA ODONTOLÓGICA – OUT/NOV 2001



A contratação de contador e as alterações em documentações são as adaptações feitas com maior frequência para se trabalhar com intermediários. É interessante observar que as Clínicas do Grupo 2 são mais capacitadas em termos de recursos humanos.

As Clínicas do Grupo 1, em geral, apresentam aumento no faturamento, mas isso não quer dizer que ocorre um acréscimo efetivo no orçamento, pois existe uma substituição de pacientes particulares por pacientes usuários de plano de assistência odontológica. Como não há alteração na duração das consultas, na maioria das Clínicas do Grupo 1, pode – se constatar que o Grupo que trabalha com intermediários possui rendimento menor que o que não trabalha, considerando – se que aquele tem que seguir uma tabela de honorários. A prática do reembolso surge como uma opção de forma de pagamento para o paciente, mas sem relação direta com a presença de intermediários.

Observa – se, nos resultados, o predomínio das Autogestões como operadoras de planos de assistência odontológica. No Distrito Federal, existe grande número de órgãos e entidades públicas que beneficiam seus servidores oferecendo assistência própria de saúde ou credenciando Clínicas e profissionais para oferecer tal assistência em condições favoráveis para o trabalhador.

Em relação às hipóteses estabelecidas neste trabalho, verifica –se que o crescimento do setor de saúde suplementar afeta a prática odontológica em aspectos mais burocráticos do que

em sua estrutura profissional. Amplia – se o acesso aos trabalhadores, mas o ocorre uma queda no valor dos tratamentos. Considerando que não existe adequada assistência odontológica no setor público, a odontologia suplementar está se transformando em uma boa opção para parte da população que deseja realizar tratamentos, mas não possui condições de pagar diretamente um cirurgião – dentista pelos serviços prestados. As principais alterações em decorrência do crescimento do setor de saúde suplementar ocorrem nos processos da prática, onde o intermediário determina o preço e a forma de pagamento dos tratamentos odontológicos. A estrutura, os produtos e os resultados não demonstram alterações significativas em decorrência do crescimento do setor de saúde suplementar.

Para obter informações complementares, foram entrevistados profissionais de 4 operadoras que atuam no Distrito Federal intermediando a prática odontológica (Grupo 3): uma Autogestão, uma Seguradora, uma Medicina de Grupo e uma Odontologia de Grupo. Essa amostra foi feita por conveniência. VIEIRA (1980b) afirma que esse tipo de amostra é formado por elementos que o pesquisador reuniu porque estavam à sua disposição.

Todas as operadoras do Grupo 3 possuem uma política de credenciamento formalizada para pessoa jurídica, sendo avaliado o currículo dos profissionais da prestadora. Tempo de formação, cursos de pós – graduação realizados e experiência na especialidade foram critérios para avaliação dos currículos em todas as operadoras do Grupo 3.

As operadoras pesquisadas avaliam, junto à prestadora, os documentos relacionados ao “cliente” (prontuários, fichas de atendimento, etc) e realizam acompanhamento estatístico em relação aos procedimentos realizados.

Essas observações realizadas no Grupo 3 servem para demonstrar o controle que as operadoras possuem nesse tipo de prática odontológica. Atuam como verdadeiros “chefes” dos profissionais, que desejam ter um rendimento fixo.

VII. CONCLUSÕES

O presente trabalho apresentou uma abordagem do setor de Saúde Suplementar na área odontológica. As mudanças que têm ocorrido no mercado de trabalho do cirurgião - dentista fazem surgir estudos com a finalidade de avaliar as causas e as conseqüências desse processo. Os intermediários, aos poucos, foram conquistando espaço na área odontológica. Atualmente, é mais comum o profissional trabalhar com os intermediários do que sem eles. Avaliar algumas influências que esses intermediários exercem na prática odontológica foi o objetivo deste trabalho.

De acordo com a metodologia descrita, foi selecionado um grupo que trabalha com intermediários e grupo controle, que não trabalha com intermediários. Houve grande dificuldade na formação do grupo controle, pois a maioria das Clínicas registradas no Conselho Regional de Odontologia pertencem ao primeiro grupo. A base de dados apresentou uma freqüência elevada de dados inadequados (números telefônicos, endereços, nome da Clínica, etc). O registro de pessoa jurídica realizado pelo Conselho Regional de Odontologia é para Prestadores de Serviços Odontológicos, havendo, dessa forma, operadoras de planos de assistência odontológica registradas junto com as Clínicas. Não existia, no momento do planejamento da Pesquisa de Campo, um cadastro exclusivo de Clínicas Odontológicas no CRO. Atualmente, a definição de "Clínica", dada por esta entidade, apresenta mais um aspecto jurídico do que estrutural, pois a principal exigência para se obter o registro de Clínica é ser pessoa jurídica. Muitas operadoras exigem que o prestador de serviços odontológicos seja pessoa jurídica, tentando evitar uma possível reivindicação de estabelecimento de vínculo empregatício entre operadora e prestador.

A prática odontológica do profissional autônomo é afetada pelo crescimento do setor de Saúde Suplementar, principalmente, em seus processos, ou seja, nos diversos tipos de relações humanas desenvolvidas dentro da estrutura que dá suporte ao atendimento odontológico. A relação profissional - paciente sofre grande interferência do intermediário. Em geral, existe um descontentamento, por parte dos cirurgiões - dentistas, com os valores de preços das tabelas utilizadas pelas operadoras. A burocracia no processo, utilizando peritos e tendo como conseqüência uma demora no pagamento pelos serviços odontológicos prestados, bem como as mudanças na documentação, em função das exigências das operadoras e para pagar menos

impostos, são os principais fatores que desgastam os processos da prática odontológica do profissional autônomo. Por outro lado, parece que aumentar rendimentos, ter um fluxo de pacientes maior e garantido, ter garantia de pagamento e realizar uma propaganda indireta do consultório parecem ser as supostas vantagens que fazem com que, atualmente, inúmeros profissionais utilizem os intermediários. Parece que existe mais uma necessidade do que satisfação em trabalhar com as operadoras. Dados deste trabalho mostram que, no grupo 1, 92,3% dos Responsáveis Técnicos pretendem continuar trabalhando com intermediários enquanto que apenas 65,38% estão satisfeitos com esse esquema.

Para trabalhar no setor privado como autônomo o cirurgião - dentista tem que ter capital inicial para investir na montagem do seu consultório ou Clínica. Os primeiros pacientes, geralmente, são pessoas conhecidas (familiares e amigos), que podem fazer uma propaganda indireta do profissional. Quando o mercado de trabalho é favorável, ou seja, quando não existem tantos profissionais para dar cobertura a uma determinada área, o cirurgião - dentista, progressivamente, vai ficando conhecido pelo seu trabalho e se estabelecendo definitivamente no mercado. A grande maioria dos cirurgiões - dentistas é formada para atuar no mercado de trabalho como autônomo. Acontece, entretanto, que nos grandes centros urbanos existe uma concentração de profissionais que precisam trabalhar para garantir sua sobrevivência. Quando aquele profissional autônomo sai da fase do atendimento de conhecidos, ele fica em um espaço vazio se não conseguir alguma via que canalize pacientes para o seu estabelecimento. Às vezes, esse problema é resolvido por um colega mais antigo que encaminha pacientes para ele. Na prática odontológica, nem sempre existe esse companheirismo entre colegas. Essa situação ocorre, geralmente, quando existe algum grau de parentesco entre os profissionais. Nesse contexto, é comum o cirurgião - dentista entrar no esquema dos intermediários, perdendo sua autonomia, mas garantindo um fluxo de pacientes.

O profissional autônomo plenamente estabelecido no mercado de trabalho não tem necessidade de muitos atendimentos para ganhar o suficiente para garantir a sua qualidade de vida. O cirurgião - dentista que trabalha com intermediários teria que atender mais pacientes, considerando que as tabelas de preço usadas são muito defasadas, entretanto dados deste estudo demonstraram que não há grandes diferenças do volume de atendimentos nos dois grupos estudados. Esse fato faz concluir que trabalhar com intermediários aumenta o faturamento em

função de uma não ocorrência do paciente particular convencional. A maioria dos pacientes particulares que têm capacidade aquisitiva ou formas de pagamento pelos serviços odontológicos passaram a ser usuários de algum tipo de plano de assistência odontológica, ampliando o seu acesso à saúde bucal. Além disso, alguns setores da população que não possuem esse benefício como salário indireto passaram a recorrer aos intermediários para resolver os respectivos problemas de assistência odontológica.

Quando se definiu o setor de Saúde Suplementar e posteriormente a odontologia suplementar, levou – se em consideração que o setor de referência é o público. A movimentação para o setor de Saúde Suplementar ocorre por duas vias: pacientes particulares que passaram a não ter condições de financiar seus tratamentos e pacientes insatisfeitos com os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. Com este trabalho foi possível fazer uma exploração do Setor da Odontologia Suplementar e verificar que a presença do intermediário não funciona como estímulo para obtenção de pacientes, mas sim como uma opção de trabalho para aqueles profissionais autônomos que não conseguem se manter apenas com pacientes particulares. A maioria desses profissionais se estabelece como pessoa jurídica apenas para viabilizar o acesso aos credenciamentos. As operadoras atuam como “patrões” dos cirurgiões – dentistas, delimitando as normas de conduta e determinando a forma de pagamento pelos serviços odontológicos realizados. O crescimento do setor de Saúde Suplementar afeta a prática odontológica autônoma, transformando o cirurgião – dentista em um “empregado” sem direitos trabalhistas, remunerado, exclusivamente, segundo a sua produção.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Célia. O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar. **Texto para discussão - IPEA**, Brasília, n. 599, 81 p. nov. 1998.

BAHIA, Lígia. **Mudanças e Padrões das Relações Público - Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 1999. 351 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação e Instituto Oswaldo Cruz.

BEUX, Armindo. Conceituação de profissional liberal. **Revista da Associação dos Juizes do Rio Grande do Sul**. n.15, Ano VI, p. 24-29, mar.1979.

BRASIL. Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 9 mai. 1943.

_____. Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 012157, col. 1, 5 set. 1960.

_____. Constituição do Brasil, de 24 de janeiro de 1967. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000001, col. 1, 24 jan. 1967.

_____. Lei n. 4.137, de 10 de setembro de 1962. Regula a repressão ao abuso do poder econômico. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 011717, col. 1, 12 nov. 1971.

_____. Lei n. 5.081, 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 009843, col. 1, 26 ago 1966, Seção 1, pt 1.

_____. Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 010354, col. 1, 16 dez. 1971.

_____. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 008921, col. 1, 18 jul. 1975.

_____. Lei n. 6.439, de 1^ª de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 011617, col. 1, 2 set. 1977.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000001, col. 1, 5 out. 1988. Anexo.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 018055, col. 1, 20 set. 1990a.

_____. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 023935, col.1, 12 dez. 1990b.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 025694, col. 1, 31 dez. 1990c.

_____. Lei n. 8.666, de 21 junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 008269, col. 1, 22 jun. 1993.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 018769, col. 1, 8 dez. 1993.

_____. Decreto n. 2.536, de 6 de abril; de 1998. Regulamenta a concessão do Certificado de Entidades de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000002, col. 1, 7 abr. 1998.

_____. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000001, col. 1, 4 jun. 1998.

_____. Medida Provisória n. 1.665, de 4 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.000002, col. 2, 5 jun. 1998.

_____. Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000013, col. 2, 26 nov. 1999. Seção Extra.

_____. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 000005, col. 2, 29 jan. 2000. Seção Extra.

CARVALHO, G. I. de & SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2001. 330 p.

COHN, Amélia & ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de Serviços**. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996. 117 p.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução n. 151 de 16 de julho de 1983. Cria o Código de Ética Odontológico.

_____. Resolução n. 179 de 19 de dezembro de 1991. Revoga o Código de Ética aprovado pela Resolução n.151 de 16 de julho de 1988.

_____. Resolução n. 22, de 25 de janeiro de 2002a. Baixa normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização, revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das normas aprovadas pela Resolução CFO – 185/93, alterada pela Resolução CFO – 198/95.

_____. **Números do CFO**. Disponível em: <<http://www.cfo.org.br>> Acesso em: 20 jul. 2002b.

CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Resolução n. 177, de 10 de agosto de 2000. Estabelece regras e critérios para a formulação e exame do pedido de concessão ou renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social.

CORDÓN, J. A. A Saúde Bucal e o Mercado Odontológico. **Revista Saúde em Debate**, n. 18, p. 52 - 64, mar./abr. 1986.

_____. Sobre a construção histórica do conceito de odontologia em saúde coletiva. **Revista Ação Coletiva**, Brasília, v.1, n.1, p. 7-23, jan./mar. 1998a.

_____. **Inserção da Odontologia no SUS – avanços e dificuldades**. Brasília, 1998b. 181 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

_____. Um marco conceitual na questão das práticas em odontologia. **Revista Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n.4, p. 5-16, out./dez.1999.

COSTA, J. R., **Profissões Liberais: Autonomia - Uma análise da Profissão e do Conselho dos Administradores**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

CRULS, Luiz. **Relatório da Comissão Exploradora do Planalto Central – Relatório Cruls**. 6. ed. Brasília: CODEPLAN, 1995. 361 p.

DALLARI, A. A. Credenciamento. In MELLO, C. A. B. de (org) **Estudos em homenagem a Geraldo Ataliba – Direito Administrativo e Constitucional**. São Paulo: Malheiros Editores, 1997. v. 2. p. 38 – 54.

DIEESE. **Anuário dos trabalhadores. 2000/2001**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>> Acesso em : 27 abr. 2002.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito Administrativo**. 13. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2001. 712 p.

_____. Os consórcios e os convênios como instrumentos de gestão. **Revista Jurídica Administração Municipal**, v.4, n.10, p.37-43, out. 1999.

DISTRITO FEDERAL. Companhia do desenvolvimento do Planalto Central – CODEPLAN. **Anuário estatístico do Distrito Federal**. Brasília. Ano 19, n. 19, 1998/1999. p. 1 – 884. 1 CD – ROOM.

_____. Decreto n. 22.130, de 30 de abril de 2001. Dispõe sobre as Estruturas Orgânicas das Unidades Executivas de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, Suplemento, n. 83, p. 9 , 2 de mai. 2001.

_____. Secretaria de Estado de Coordenação das Administrações Regionais – SUCAR. Disponível em: <<http://www.sucar.df.gov.br>> Acesso em: 20 abr. 2002.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade** : o médico e seu mercado de trabalho , São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1975. 174 p.

FAGUNDES, A. A. **Direito do Trabalho** : para concurso de juiz do trabalho. 2. ed. Bauru: EDIPRO, 1997. 176 p.

FAVARET, P. F^o & OLIVEIRA, P. J. de. A universalização excludente – reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

GREC, W. L. **Convênios Odontológicos, análise dos seus contratos, normas para procedimentos e tabelas de repasse de honorários**. Campinas, 1999. 123f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

IBGE. **Informações de Saúde**. Recursos Humanos. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm>> Acesso em 7 set 2002a.

_____. **População**. Disponível em : < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em 1^o ago 2002b.

LAUTIER, Bruno. Trabalho ou labor? Dimensões históricas e culturais. **Revista Ser Social**, n. 5, p. 9 – 21, jul./dez., 1999.

MEDICI, A. C. **O setor privado prestador de serviços no Brasil: dimensão, estrutura e funcionamento.** Rio de Janeiro. (mimeo), 1989.

MELLO, A . B. de. **Curso de Direito Administrativo.** 10. ed. São Paulo –SP : Malheiros Editores, 1998. 665 p.

MENDES, E. V. As políticas de saúde nos anos 80: A conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org) **Distrito Sanitário: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC –ABRASCO, 1999. p. 19 - 91.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Seguros Privados. Minuta. Resolução n. XX, 1998. 54 p. Regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução de Diretoria Colegiada n. 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Resolução de Diretoria Colegiada n. 65, de 24 de abril de 2001. Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Operadoras.** Disponível em: <[http:// www. ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)> Acesso em: 20 ago. 2001.

MONTONE, Januário. A regulamentação do setor de saúde suplementar. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2000. p. 7 – 37.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 7. ed. São Paulo: Editora Atlas S. A., 2000. 797 p.

NARVAI, C. P. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2002. 120 p.

OLIVEIRA, E. S. de & CAMPOS, M. R. **Os empregos em saúde e a municipalização,** Convênio CFM/FIOCRUZ; NERHUS/DASP/ENSP, 1998.

OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. Medicina de Grupo: a Medicina e a Fábrica. In: GUIMARÃES, R. (org) **Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate.** 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 296 p.

OLIVEIRA, J. K. de . **Porque construí Brasília**. Coleção Brasil 500 anos. Brasília: Gráfica do Senado Federal, 2000. 477 p.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A., 2000. 596 p.

PERRACINI, M. R. O Sistema de Credenciamento. **Boletim de Licitações e Contratos**, São Paulo, v. 9, n. 7, p.334 - 338, jul. 1996.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos Livraria Editora, 2000. 541 p.

PIOLA, S. F. *et al.* **Tendências do sistema de saúde brasileiro: estudo delph**. Brasília: IPEA, 2001, 147 p.

POLANYI, Karl. **A grande transformação: as origens de nossa época**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

REIS, C. O. O. O Estado e os Planos de Saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, ENAP, ano 51, n. 1, jan./mar. 2000.

RING, M. E. **História da Odontologia**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1998.

SCHEAFFER, R. L. Et all. **Elementary Survey Sampling**, 5. ed.

SILVA, A . J. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 1998. 863 p.

SZKLAROWSKY, L. F. Convênios, consórcios administrativos, ajustes – outros instrumentos congêneres. **Boletim de Direito Municipal**, São Paulo, v.16, n. 11, p. 705-708, nov., 2000.

STEVENSON, W. J. **Estatística aplicada à administração**. São Paulo: Editora Harper & Row do Brasil Ltda, 1981. 495 p.

TEIXEIRA, H. A. **Brasília: O outro lado da utopia (1956 – 1960)**. Brasília, 1982. 218 f. Dissertação (Mestrado em História), Universidade de Brasília.

VASCONCELOS, Adirson. **A mudança da Capital**. 2. ed. Brasília: Gráfica e Editora Independência LTDA, 1978. 375 p.

_____. **As cidades – satélites de Brasília**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988. 370 p.

VIEIRA, Geraldo. **Curso de Direito Comercial**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Síntese e Brasília: Editora Campos LTDA, 1980. 226 p.

VIEIRA, Sonia. **Introdução à Bioestatística**. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980. 196 p.

ZANETTI, C. H. G. A crise da odontologia brasileira: as mudanças estruturais do mercado de serviços e o esgotamento do modo de regulação curativo de massa. **Revista Ação Coletiva**, v.2 , n. 3, p. 11 – 24, jul./set. 1999.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

Nº 1

Questionário aplicado no Grupo 1: Clínicas com intermediários

A Odontologia Suplementar no Distrito Federal		Nº _____
Região Administrativa nº _____		
1º Bloco: Perfil do Responsável Técnico		
1) Sexo 0 () Feminino 1 () Masculino	01	
2) Qual é a sua idade? _____	02	
3) Há quantos anos você atua na área odontológica? _____	03	
4) Você possui curso de 0 () Graduação 1 () Aperfeiçoamento 2 () Especialização 3 () Mestrado 4 () Doutorado 5 () Outros: _____ _____	04	
5) Se você respondeu de 1 a 5 na questão anterior, quais os seus objetivos em fazer o(s) respectivo(s) curso(s)? 0 () Facilitar o acesso a credenciamentos 1 () Crescer profissionalmente 2 () Outros: _____ _____	05	

<p>6) Qual era a forma da sua prática profissional antes de estar vinculado(a) a operadoras de planos de assistência odontológica?</p> <p>0 () Consultório Particular - Pessoa Física 1 () Consultório Particular - Pessoa Jurídica 2 () Outros: _____</p>	06	
<p>7) Se integrava uma pessoa jurídica, qual era o tipo?</p> <p>0 () Sociedade Civil sem fins lucrativos 1 () Sociedade Civil com fins lucrativos 2 () Sociedade Limitada 3 () Sociedade Anônima 4 () Sociedade Cooperativa 5 () Outros: _____</p>	07	
<p>8) Qual é a forma de sua prática profissional atualmente?</p> <p>0 () Consultório Particular – Pessoa Física 1 () Consultório Particular – Pessoa Jurídica 2 () Outros: _____</p>	08	
<p>9) Se integra uma pessoa jurídica, qual é o tipo?</p> <p>0 () Sociedade Civil sem fins lucrativos 1 () Sociedade Civil com fins lucrativos 2 () Sociedade Limitada 3 () Sociedade Anônima 4 () Sociedade Cooperativa 5 () Outros: _____</p>	09	
<p>10) Se você integra uma pessoa jurídica, qual(is) o seu(s) principal(is) motivo(s) para participar desta sociedade?</p> <p>0 () Ampliar o consultório particular 1 () Pagar menos impostos 2 () Viabilizar acesso aos convênios e credenciamentos 3 () Outros: _____</p>	10	
<p>11) Se você integra uma pessoa jurídica, qual a sua parcela de participação no capital desta entidade _____%</p>	11	

2º Bloco: Perfil da Clínica

12) Há quanto tempo a Clínica está funcionando? _____	12	
13) Quantos cirurgiões - dentistas integram esta pessoa jurídica? 0 () 1 1 () 2 2 () 3 3 () mais de 3 4 () É uma Clínica – Pessoa Física	13	
14)) Existe integrante desta pessoa jurídica que não seja Cirurgião-Dentista? 0 () Não 1 () Sim 2 () É uma Clínica – Pessoa Física	14	
15)) Em caso positivo, qual a porcentagem de participação total do(s) integrante(s) que não são Cirurgiões-Dentistas? _____ %	15	
16) Quantos cirurgiões - dentistas trabalham nesta Clínica? _____	16	
17) Quantos cirurgiões - dentistas que trabalham nesta clínica são especialistas? 0 () nenhum 1 () 1 2 () 2 3 () mais de 2	17	
18) Se há cirurgião - dentista que trabalha na Clínica, mas não integra a pessoa jurídica correspondente, existe entre este(s) profissional(is) e a Clínica 0 () relação de emprego 1 () esquema de arrendamento 2 () aluguel parcial da Clínica 3 () outros: _____	18	
19) Nesta Clínica trabalha(m) auxiliar(es) da prática odontológica? 0 () Não 1 () Sim	19	
20) Em caso positivo, a que grupo ele(s) pertence(m) 0 () Técnico em higiene dental (THD): _____ 1 () Auxiliar de consultório dentário (ACD): _____ 2 () Técnico em prótese dental (TPD): _____ 3 () Secretária administrativa: _____ 4 () Contador: _____ 5 () Faxineira: _____ 6 () Outros: _____ _____	20	

3º Bloco: Credenciamento

21) Que tipo de paciente é atendido nesta Clínica? 0 () Particular 1 () Usuários de planos de assistência odontológica 2 () Todos	21	
22) Nesta Clínica são atendidos pacientes particulares que obtêm reembolso dos honorários pagos pelo tratamento odontológico? 0 () Não 1 () Sim	22	
23) Em caso positivo, o preço do tratamento odontológico cobrado para os pacientes particulares que obtêm reembolso é menor do que o preço do tratamento odontológico cobrado para os outros pacientes particulares? 0 () Não 1 () Sim	23	
24) Nesta Clínica o reembolso recebido pelo paciente particular garante o pagamento de 0 () Tratamento completo 1 () Metade do tratamento 2 () Um terço do tratamento 3 () Menos de um terço do tratamento 4 () Dois terços do tratamento 5 () Mais de dois terços do tratamento 6 () Informação desconhecida 7 () Não há atendimento de pacientes que obtêm reembolso	24	
25) Há quanto tempo a Clínica trabalha com planos de assistência odontológica? _____	25	

<p>26) Com quantas operadoras esta Clínica está vinculada?</p> <p>_____</p>	26	
<p>27) Com quais operadoras esta Clínica está vinculada?</p> <p>0 () Cooperativa odontológica: _____</p> <p>_____</p> <p>1 () Odontologia de grupo: _____</p> <p>_____</p> <p>2 () Autogestão: _____</p> <p>_____</p> <p>3 () Medicina de grupo: _____</p> <p>_____</p> <p>4 () Coopertiva médica: _____</p> <p>_____</p> <p>5 () Seguradora: _____</p> <p>_____</p> <p>6 () Outros: _____</p> <p>_____</p>	27	
<p>28) Quais adaptações foram necessárias nesta Clínica desde que ela começou a oferecer serviços odontológicos para pessoas usuárias de planos de assistência odontológica?</p> <p>0 () Ampliação do espaço físico do consultório</p> <p>1 () Contratação de pessoal</p> <p>2 () Compra de equipamentos</p> <p>3 () Ampliação do estoque de insumos</p> <p>4 () Redução no tempo de duração das consultas</p> <p>5 () Documentação do consultório</p> <p>6 () Não foi necessária nenhuma adaptação</p> <p>7 () Outros: _____</p> <p>_____</p>	28	

<p>29) Se ampliou o espaço físico do consultório, foi da seguinte forma :</p> <p>0 () Aluguel de imóvel</p> <p>1 () Compra de imóvel</p> <p>2 () Adaptação em imóvel que já possuía</p> <p>3 () Outros: _____</p>	29	
<p>30) Se houve contratação de pessoal, que categorias profissionais foram contratadas e qual a quantidade de profissionais correspondentes a cada tipo contratado?</p> <p>0 () Cirurgião - Dentista : _____</p> <p>1 () Técnico em Higiene Dental : _____</p> <p>2 () Técnico em Prótese Dental: _____</p> <p>3 () Auxiliar de Consultório Dentário: _____</p> <p>4 () Secretária Administrativa: _____</p> <p>5 () Contador: _____</p> <p>6 () Faxineira: _____</p> <p>7 () Outros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	30	
<p>31) Se houve compra de equipamentos, qual foi a quantidade ?</p> <p>0 () 1 1 () 2 2 () 3 3 () mais de 3</p>	31	
<p>32) Se houve ampliação do estoque de insumos, qual foi a porcentagem?</p> <p>0 () 25% 1 () 50% 2 () 100% 3 () 200% ou mais</p>	32	
<p>33) Se houve ampliação na quantidade de instrumental, ocorreu em que proporção? _____%</p>	33	
<p>34) Se houve alteração em documentações, dentre estas estão alterações referentes à formação de uma sociedade, constituindo-se assim uma pessoa jurídica?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p>	34	

<p>35) Em caso positivo, que tipo de pessoa jurídica?</p> <p>0 () Sociedade Civil sem fins lucrativos 1 () Sociedade Civil com fins lucrativos 2 () Sociedade Limitada 3 () Sociedade Anônima 4 () Sociedade Cooperativa 5 () Outros: _____</p>	35	
<p>36) Em média, quantas consultas por mês são realizadas nesta Clínica? _____</p>	36	
<p>37) A procura por serviços odontológicos nesta Clínica aumentou em que proporção após ter sido estabelecido vínculo com operadoras de planos de assistência odontológica? _____%</p>	37	
<p>38) O faturamento da Clínica aumentou em que proporção após ter sido estabelecido vínculo com operadoras de planos de assistência odontológica? _____%</p>	38	
<p>39) Qual a porcentagem do faturamento da Clínica provém de atendimento conseqüente a vínculo com operadoras de planos de assistência odontológica? _____%</p>	39	
<p>40)) A produção da Clínica aumentou em que proporção, após ter sido estabelecido vínculo com operadoras de planos de assistência odontológica? _____%</p>	40	
<p>41) Em relação ao horário de funcionamento desta Clínica, após ter sido estabelecido vínculo com operadora(s) de planos de assistência odontológica houve</p> <p>0 () ampliação 1 () redução 2 () nada ocorreu</p>	41	
<p>42) Se houve ampliação, foi em que proporção? _____%</p>	42	
<p>43) Como as operadoras efetuam o pagamento pelos serviços odontológicos prestados?</p> <p>0 () Boleto bancário 1 () Depósito em conta 2 () Cheque 3 () Outros: _____</p>	43	
<p>44) Com que freqüência as operadoras repassam o pagamento para esta Clínica?</p> <p>0 () Em 15 dias 1 () Em 30 dias 2 () Em 45 dias 3 () Em 60 dias</p>	44	

<p>45) Quanto à perícia odontológica realizada pelas operadoras você está</p> <p>0 () Satisfeito 1 () Pouco satisfeito</p> <p>2 () Insatisfeito 3 () Não há perícia</p>	45	
<p>46) Quando um paciente usuário de plano de assistência odontológica falta a uma consulta , a operadora se responsabiliza pelo pagamento desta consulta?</p> <p>0 () Sempre 1 () Geralmente 2 () Raramente 3 () Nunca</p>	46	
<p>47) Você está satisfeito em trabalhar com planos de assistência odontológica?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p>	47	
<p>48) Você pretende continuar vinculado a operadoras de planos de assistência odontológica?</p> <p>0 () Não 1 () Sim</p>	48	
<p>49) Na sua opinião, quais as vantagens em trabalhar com operadoras?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	49	
<p>50) Na sua opinião, quais as desvantagens ?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	50	
<p>51) Quais as suas sugestões para ampliação do acesso ao atendimento odontológico sem haver perda na qualidade dos serviços oferecidos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	51	

Nº 2

Questionário aplicado no Grupo 2: Clínicas sem intermediários

A Odontologia Suplementar no Distrito Federal		Nº _____
Região Administrativa nº _____		
1º Bloco: Perfil do Responsável Técnico		
01) Sexo 0 () Feminino 1 () Masculino	01	
02) Qual é a sua idade? _____	02	
03) Há quantos anos você atua na área odontológica? _____	03	
04) Você possui curso de 0 () Graduação 1 () Aperfeiçoamento 2 () Especialização 3 () Mestrado 4 () Doutorado 5 () Outros: _____	04	
05) Qual é a forma de sua prática profissional atualmente? 0 () Consultório Particular - Pessoa Física 1 () Consultório Particular - Pessoa Jurídica 2 () Outros: _____	05	
06) Se você respondeu 1 na questão anterior, qual é o tipo de pessoa jurídica? 0 () Sociedade Civil sem fins lucrativos 1 () Sociedade Civil com fins lucrativos 2 () Sociedade Limitada 3 () Sociedade Anônima 4 () Sociedade Cooperativa 5 () Outros: _____	06	
07) Se você respondeu 1 na questão número 8, qual o principal motivo para integrar esta pessoa jurídica? 0 () Ampliar o consultório particular 1 () Pagar menos impostos 2 () Viabilizar acesso aos convênios e credenciamentos 3 () Outros: _____	07	
08) Se você integra uma pessoa jurídica, qual a sua parcela de participação no capital desta entidade? _____%	08	

2º Bloco: Perfil da Clínica

09) Há quanto tempo a Clínica está funcionando? _____	09	
10) Quantos Cirurgiões-Dentistas integram esta pessoa jurídica? 0 () 1 1 () 2 2 () 3 3 () Mais de 3	10	
11) Existe integrante desta pessoa jurídica que não seja cirurgião - dentista? 0 () Não 1 () Sim	11	
12)) Em caso positivo, qual a porcentagem de participação total do(s) integrante(s) que não são cirurgiões - dentistas? _____ %	12	
13) Quantos cirurgiões - dentistas trabalham nesta Clínica? _____	13	
14) Quantos cirurgiões - dentistas que trabalham nesta clínica são especialistas? 0 () Nenhum 1 () 1 2 () 2 3 () Mais de 2	14	
15) Se há cirurgião - dentista que trabalha na Clínica mas não integra esta pessoa jurídica, existe entre este(s) profissional(is) e a Clínica 0 () Relação de emprego 1 () Esquema de arrendamento 2 () Aluguel parcial da Clínica 3 () Outros: _____	15	
16) Nesta Clínica trabalha(m) auxiliar(es) da prática odontológica? 0 () Não 1 () Sim	16	
17) Em caso positivo, a que grupo ele(s) pertence(m) 0 () Técnico em higiene dental (THD): _____ 1 () Auxiliar de consultório dentário (ACD): _____ 2 () Técnico em prótese dental (TPD): _____ 3 () Secretária administrativa: _____ 4 () Contador: _____ 5 () Faxineira: _____ 6 () Outros: _____	17	

3º Bloco: Credenciamento

18) A Clínica já foi vinculada a alguma operadora de plano de assistência odontológica? 0 () Não 1 () Sim	18	
19) Se sim, deixou de ser porque 0 () não compensava financeiramente 1 () não cumpria os requisitos para o credenciamento 2 () Outros: _____	19	
20) Há interesse de vincular a Clínica a operadoras de planos de assistência odontológica? 0 () Não 1 () Sim	20	
21) Que tipo de paciente é atendido nesta Clínica? 0 () Particular 1 () Usuário de plano de assistência odontológica 2 () Todos	21	
22) Nesta Clínica são atendidos pacientes particulares que obtêm reembolso dos honorários pagos pelo tratamento odontológico? 0 () Não 1 () Sim	22	
23) Em caso positivo, o preço do tratamento odontológico cobrado para os pacientes particulares que obtêm reembolso é menor do que o preço do tratamento odontológico cobrado para os outros pacientes particulares? 0 () Não 1 () Sim	23	
24) Nesta Clínica o reembolso recebido pelo paciente particular garante o pagamento de 0 () Tratamento completo 1 () Metade do tratamento 2 () Um terço do tratamento 3 () Menos de um terço do tratamento 4 () Dois terços do tratamento 5 () Mais de dois terços do tratamento 6 () Informação desconhecida 7 () Não há atendimento de pacientes particulares que obtêm reembolso	24	

25) Em média, quantas consultas são realizadas por mês nesta Clínica? _____	25	
26) Na sua opinião, quais as vantagens de se trabalhar com operadoras? _____ _____ _____	26	
27) Na sua opinião, quais as desvantagens ? _____ _____ _____	27	
28) Que sugestões você daria para que houvesse uma ampliação do acesso ao atendimento odontológico sem que ocorresse perda na qualidade dos serviços oferecidos? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	28	

Nº 3

Questionário aplicado no Grupo 3

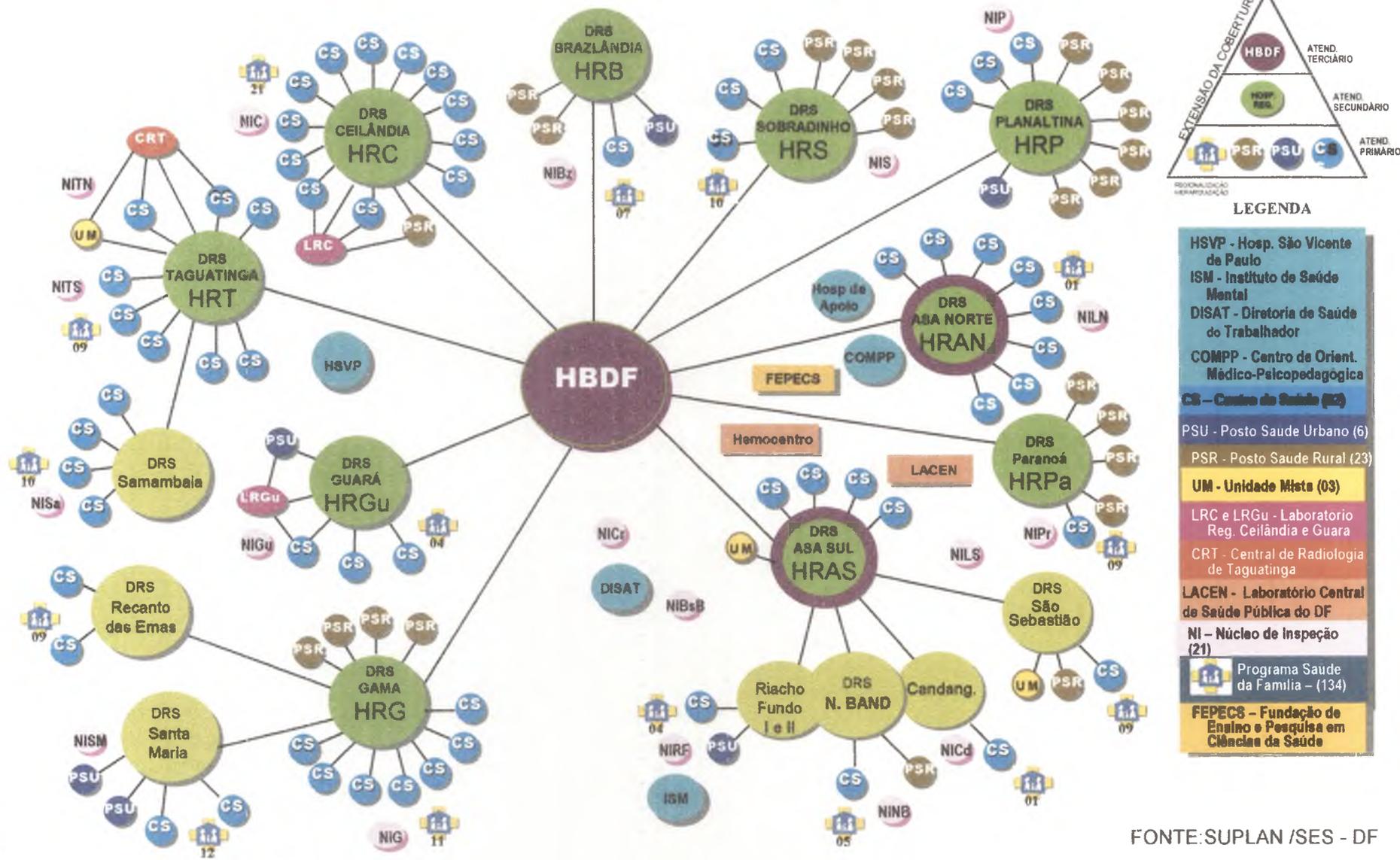
O Desenvolvimento do Setor Saúde Suplementar e a Prática Odontológica no DF		Nº _____
IDENTIFICAÇÃO DA OPERADORA		
1) Nome da operadora: _____	1	
2) Cidade/UF: _____	2	
3) Modalidade de Gestão: _____	3	
4) Cargo do interlocutor: _____	4	
5) Número de pessoas assistidas: _____	5	
6) Número de prestadores credenciados: _____	6	
PROCESSO DE CREDENCIAMENTO		
7) Existe uma política de credenciamento formalizada (documentada) pela operadora? 0 () Não 1 () Sim	7	
8) Se existe, essa política define claramente a sistemática, os atributos necessários e/ou pré-requisitos para o credenciamento da rede prestadora? PESSOA FÍSICA 0 () Não 1 () Sim PESSOA JURÍDICA 2 () Não 3 () Sim	8	
9) A política de credenciamento é revista e/ou atualizada periodicamente? 0 () Não 1 () Sim	9	
10) Caso positivo, qual a freqüência dessa revisão? 0 () 6 meses 1 () 12 meses 2 () 18 meses 3 () 24 meses ou mais	10	
11) A operadora credencia seus prestadores por tempo determinado? 0 () Não 1 () Sim	11	
12) A operadora condiciona a renovação do credenciamento a um processo de reavaliação da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	12	

13) Existe um setor específico da operadora responsável pelo credenciamento? 0 () Não 1 () Sim	13	
14) Se sim, está ligado a: 0 () Gerencia de operações 1 () Gerência de comercial 2 () Gerência financeira 3 () Outro setor: _____ _____	14	
15) Para credenciar sua rede prestadora, a operadora observa o planejamento das necessidades a partir de: 0 () Definições técnicas para hierarquização da rede 1 () Dimensionamento da rede 2 () Tamanho da clientela 3 () Estratégias de vendas 4 () Estratégias de promoção/prevenção à saúde 5 () Especialidades (subdivisão por especialidades)	15	
16) A operadora realiza análise de cadastro/legalidade documental do prestador? PESSOA FÍSICA 0 () Não 1 () Sim PESSOA JURÍDICA 2 () Não 3 () Sim	16	
17) A operadora realiza inspeção <i>in loco</i> das instalações da prestadora quanto a: 0 () Acessibilidade do cliente 1 () Equipamentos em uso 2 () Limpeza e conservação das instalações 3 () Outros: _____ _____	17	
18) Essa inspeção fica documentada ou registrada? 0 () Não 1 () Sim	18	
19) A operadora verifica as condições de trabalho/exigências técnicas para o funcionamento da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	19	
20) Essa verificação fica documentada/registrada? 0 () Não 1 () Sim	20	
21) Para o credenciamento, a operadora verifica se há cadastro dos profissionais da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	21	

22) A operadora avalia o currículo dos profissionais da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	22	
23) Caso positivo, quais critérios são utilizados para avaliar o currículo? 0 () Escola de formação 1 () Tempo de formação 2 () Cursos de pós-graduação realizados 3 () Experiência na especialidade 4 () Participação em congressos e seminários 5 () Apresentação de trabalhos científicos 6 () Outros: _____ _____	23	
24) A operadora solicita comprovação dos currículos (cópias de diplomas, de certificados...)? 0 () Não 1 () Sim	24	
25) A operadora mantém um registro dessa verificação/avaliação dos profissionais da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	25	
26) A operadora pratica alguma forma de avaliação da qualidade dos serviços da prestadora? 0 () Não 1 () Sim	26	
27) O deferimento do credenciamento depende de uma única pessoa? 0 () Não 1 () Sim	27	
28) O deferimento do credenciamento depende do cumprimento de etapas definidas pela política de credenciamento da operadora? 0 () Não 1 () Sim	28	
29) Existe política de co-responsabilidade formalizada e bem definida entre a operadora e a rede prestadora? 0 () Não 1 () Sim	29	
30) Caso positivo, quais situações ou eventos? _____ _____ _____	30	
31) A operadora avalia junto à prestadora os documentos relacionados ao cliente (prontuários, fichas de atendimento, etc.)? 0 () Não 1 () Sim	31	

<p>32) Caso positivo, qual o tipo de avaliação que é realizada?</p> <p>0 () Auditoria 1 () Insumos utilizados 2 () Outros: _____</p>	32	
<p>33) Essa avaliação é realizada:</p> <p>0 () para todos os clientes 1 () para casos específicos 2 () por amostragem</p>	33	
<p>34) A operadora realiza acompanhamento estatístico junto à prestadora:</p> <p>0 () Quantidade de tratamentos concluídos 1 () Desistências 2 () Percentual de falta às consultas 3 () Quantidade de tratamentos iniciados 4 () Procedimentos realizados 5 () Retratamentos 6 () Outros: _____</p>	34	
<p>35) A operadora realiza perícia no tratamento odontológico realizado pela prestadora?</p> <p>0 () Antes do início do tratamento 1 () Após o término do tratamento 2 () Não realiza perícia</p>	35	
<p>36) Quais são as suas sugestões para ampliação do acesso ao atendimento odontológico sem que haja perda na qualidade do serviço oferecido?</p> <p>_____</p>	36	

ANEXO 2 - SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL



ANEXO 3 - QUADRO 1 - DEMONSTRATIVO DAS UNIDADES QUE COMPÕEM O SISTEMA DE SAÚDE DA SES/DF - 2002

DIREÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE	UNIDADES							
	HOSPITAL REGIONAL	UNIDADE MISTA DE SAÚDE	CENTRO DE SAÚDE	POSTO DE SAÚDE URBANO	POSTO DE SAÚDE RURAL	LABORATÓRIO REGIONAL	CENTRAL RADIOLÓGICA	NÚCLEO DE INSPEÇÃO
TOTAL	10	3	62	6	23	2	1	21
ASA NORTE	1	0	8	0	0	0	0	3
ASA NORTE - RA I	1	0	4	0	0	0	0	1
CRUZEIRO - RA XI	0	0	2	0	0	0	0	1
LAGO NORTE - RA XVIII	0	0	2	0	0	0	0	1
ASA SUL	1	1	4	0	0	0	0	2
ASA SUL - RA I	1	1	3	0	0	0	0	1
LAGO SUL - XVI	0	0	1	0	0	0	0	1
NÚCLEO BANDEIRANTE	0	0	3	1	1	0	0	3
NÚCLEO BANDEIRANTE - RA VIII	0	0	1	0	1	0	0	1
CANDANGOLÂNDIA - RA XIX	0	0	1	0	0	0	0	1
RIACHO FUNDO - RA XVII	0	0	1	1	0	0	0	1
GAMA - RA II	1	0	7	0	4	0	0	1
TAGUATINGA - RA III	1	1	8	0	0	0	1	2
CEILÂNDIA - RA IX	1	0	12	0	1	1	0	1
BRAZLÂNDIA - RA IV	1	0	1	1	2	0	0	1
SOBRADINHO - RA V	1	0	3	0	4	0	0	1
PLANALTINA - RA VI	1	0	3	1	6	0	0	1
GUARÁ - RA X	1	0	3	1	0	1	0	1
PARANOÁ - RA VII	1	0	1	0	4	0	0	1
SAMAMBAIA - RA XII	0	0	4	0	0	0	0	1
SANTA MARIA - RA XIII	0	0	2	2	0	0	0	1
SÃO SEBASTIÃO - RA XIV	0	1	1	0	1	0	0	1
RECANTO DAS EMAS - RA XV	0	0	2	0	0	0	0	1

FONTE: SUPLAN/SES -DF

ANEXO 4

QUADRO 1 - CAPACIDADE INSTALADA DA SES/DF POR REGIÃO ADMINISTRATIVA - 2002

continua

Região Administrativa	Unidade Existente
RA I - BRASÍLIA	
Hospital Terciário (HBDF)	1
Hospital Especializado (Hospital de Apoio)	1
Hospital Regional	2
Unidade Mista Asa Sul	1
Centro de Saúde	7
Fundação Hemocentro	1
Laboratório Central de Saúde Pública	1
Núcleo de Inspeção Asa Sul	1
Núcleo de Inspeção Asa Norte ⁽¹⁾	1
Centro de Orientação Médico Psicopedagógico - COMPP	1
Diretoria de Saúde do trabalhador - DISAT	1
Faculdade de Ensino e Pesquisa de Ciências para a Saúde	1
RA II - GAMA	
Hospital Regional	1
Centro de Saúde	7
Posto de Saúde Rural	4
Núcleo de Inspeção	1
RA III - TAGUATINGA	
Hospital Regional	1
Hospital Especializado (Hospital São Vicente de Paulo)	1
Central Radiológica	1
Unidade Mista	1
Centro de Saúde	8
Núcleo de Inspeção	2
RA IV - BRAZLÂNDIA	
Hospital Regional	1
Centro de Saúde	1
Posto de Saúde Urbano	1
Posto de Saúde Rural	2
Núcleo de Inspeção	1
RA V - SOBRADINHO	
Hospital Regional	1
Centro de Saúde	3
Posto de Saúde Rural	4
Núcleo de Inspeção	1

Região Administrativa	Unidade Existente
RA VI - PLANALTINA	
Hospital Regional	1
Centro de Saúde	3
Posto de Saúde Urbano	1
Posto de Saúde Rural	6
Núcleo de Inspeção	1
RA VII - PARANOÁ	
Hospital Regional	1
Centro de Saúde	1
Posto de Saúde Rural	4
Núcleo de Inspeção	1
RA VIII - NÚCLEO BANDEIRANTE	
Centro de Saúde	1
Posto de Saúde Rural	1
Núcleo de Inspeção	1
RA IX - CEILÂNDIA	
Hospital Regional	1
Laboratório Regional	1
Centro de Saúde	12
Posto de Saúde Rural	1
Núcleo de Inspeção	1
RA X - GUARÁ	
Hospital Regional	1
Laboratório Regional	1
Centro de Saúde	3
Posto de Saúde Urbano	1
Núcleo de Inspeção	1
RA XI - CRUZEIRO	
Centro de Saúde	2
Núcleo de Inspeção	1
RA XII - SAMAMBAIA	
Centro de Saúde	4
Núcleo de Inspeção	1
RA XIII - SANTA MARIA	
Centro de Saúde	2
Posto de Saúde Urbano	2
Núcleo de Inspeção	1
RA XIV - SÃO SEBASTIÃO	
Unidade Mista	1
Centro de Saúde	1
Posto de Saúde Rural	1
Núcleo de Inspeção ⁽¹⁾	1

conclusão

Região Administrativa	Unidade Existente
RA XV - RECANTO DAS EMAS	
Centro de Saúde	2
Núcleo de Inspeção ⁽¹⁾	1
RA XVI - LAGO SUL	
Centro de Saúde	1
Núcleo de Inspeção ⁽²⁾	1
RA XVII - RIACHO FUNDO	
Centro de Saúde	1
Posto de Saúde Urbano	1
Instituto de Saúde Mental	1
Núcleo de Inspeção ⁽²⁾	1
RA XVIII - LAGO NORTTE	
Centro de Saúde	2
Inspetoria de Saúde ⁽³⁾	1
RA XIX - CANDANGOLÂNDIA	
Centro de Saúde	1
Inspetoria de Saúde	1
TOTAL GERAL	137

FONTE: SUPLAN/SES - DF

NOTA:

(1) Criados conforme Lei 2.729 de 26 de junho de 2001, publicada no DODF de 02/07/2001, porém, até o presente, ainda não foram definidas as áreas físicas de funcionamento.

(2) Funciona na Administração Regional.

(3) Sede no Centro de Saúde nº 10 (Lago Norte).