

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

RENAN PEREIRA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL:
ESTUDO DO ROL 2010 DE EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

VITÓRIA
2014

RENAN PEREIRA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL:
ESTUDO DO ROL 2010 DE EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame

VITÓRIA

2014

RENAN PEREIRA DA SILVA

**A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL
UM ESTUDO DO ROL 2010 DE EVENTOS EM SAÚDE DA AGÊNCIA NACIONAL
DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Luciana Carrupt Machado Sogame
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Avaliador interno

Prof. Dr.^o Aduino Emerich
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES
Avaliador externo

A Edna, minha esposa, pelo apoio em toda esta jornada de estudo.

A Izete e Valmin, meus pais, pelo carinho e atenção dispensados nos momentos difíceis.

A minhas irmãs Núbia e Janine, pela ajuda efetiva em todas as horas.

AGRADECIMENTOS

A Professora Doutora Luciana Carrupt M. Sogame, minha orientadora, por sua dedicação constante ao ensino e a pesquisa, e por sua inestimável contribuição na elaboração deste estudo.

Aos professores Cesar Albenes de Mendonça Cruz, Gilsa Helena Barcellos, Hebert Wilson Santos Cabral, Luiz Henrique Borges, Maria Carlota de Rezende Coelho e Raquel de Matos Lopes Gentili.

A secretária do Centro de Pós-Graduação da EMESCAM Yára M. Barcellos.

Aos amigos de turma Fernanda, Márcia e Sérgio.

Aos pacientes, pelas informações indispensáveis ao desenvolvimento deste estudo.

“A sociedade é dependente de uma crítica às suas
próprias tradições”.

Jürgen Habermas

RESUMO

As dificuldades da população para obter uma atenção integral à saúde bucal pelo SUS estimulou, a partir do ano 2000, um incentivo à saúde suplementar, seguido de rápido crescimento dos planos odontológicos individuais e coletivos. Apesar disso, a perda dentária, que é condição frequente na população, não se modificou tendo em vista a limitação de cobertura dos procedimentos imposta pelos planos odontológicos. O Rol 2010 de Procedimentos Odontológico determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ampliou a cobertura de atendimento permitindo a realização da reabilitação protética, principalmente dos beneficiários de planos odontológicos mais comercializados, os de contratação coletiva, vislumbrando a perspectiva de melhorar a condição de saúde bucal com diminuição da perda dental em pacientes que necessitam de reabilitação de dentes destruídos. Assim, buscou-se neste estudo analisar as Políticas Públicas de Saúde, com foco na odontologia suplementar, em uma população de pacientes maiores de 15 anos de idade, submetida a tratamento endodôntico para verificar a ocorrência da perda dental, antes e depois do novo Rol 2010. Elaborou-se um estudo observacional de coorte e retrospectivo, com uma amostra de conveniência composta por todos os pacientes que possuíam plano odontológico e que foram submetidos à terapia endodôntica nos meses de abril a junho de 06/2009 (antes do Rol 2010) e nos mesmos meses no ano de 2011(depois Rol 2010). As variáveis de interesse (idade, gênero, duração do tratamento e reabilitação ou não do dente) foram obtidas dos prontuários dos pacientes. Realizou-se estatística descritiva (média, desvio padrão e percentual) e a estatística inferencial (teste qui-quadrado) considerando significativo o valor $p < 0,05$. Foram incluídos nas análises, 276 pacientes com média de idade de $34,2 \pm 10,1$ anos, e o tempo médio de tratamento endodôntico foi de $39,2 \pm 32,2$ dias. A faixa etária de maior ocorrência está compreendida entre os 20 e 49 anos, representando 85,8% dos avaliados. O gênero masculino representou 50% da amostra e não observou diferença significativa entre o gênero e as demais variáveis. A conclusão da reabilitação definitiva ocorreu em 53,7% dos pacientes no ano de 2009 e em 78,1% no ano de 2011 ($p=0,000$), o que caracteriza a diminuição da perda dental de 54% nos pacientes que realizaram a reabilitação protética. Em relação aos procedimentos realizados antes e depois do novo Rol de procedimentos odontológicos da ANS observou-se que houve associação estatisticamente

significante com a ocorrência (sim ou não) de reabilitação definitiva ($p=0,000$), com a forma de pagamento da reabilitação ($p=0,000$), com os motivos porque não reabilitou ($p=0,000$), com o destino final do dente não reabilitado ($p=0,039$) e com o ano em que o dente foi reabilitado ($p=0,000$). A não realização do tratamento protético foi associada à perda ou a falta de cobertura do plano ($p=0,000$). Concluiu-se que, na amostra avaliada, o Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da ANS foi efetivo para promover o acesso à reabilitação após o tratamento endodôntico e na redução da perda dental dos pacientes.

Palavras-chave: Odontologia preventiva. Políticas públicas. Reabilitação bucal Saúde suplementar.

ABSTRACT

The difficulties of the population for a comprehensive oral health care stimulated by SUS, from the year 2000 an additional incentive to health, followed by rapid growth of individual and group dental plans. Nevertheless, tooth loss, which is a frequent condition in the population, not modified in view of the limitation imposed by the roof of the dental care procedures. The Rol 2010 Dental Procedures determined by the National Health Agency (ANS) has extended the coverage of care allowing the realization of prosthetic rehabilitation, especially recipients of most marketed dental plans, collective hiring, envisioning the prospect of improving the condition of oral health with decreased tooth loss in patients who require rehabilitation of destroyed teeth. Thus, in this study we sought to examine the Public Health Policy, focusing on additional dentistry in a population of over 15 year old patients underwent endodontic treatment to verify the occurrence of tooth loss, before and after the new Rol 2010. We developed an observational retrospective cohort study with a convenience sample comprised all patients who had dental plan and submitted to endodontic therapy in the months of April to June, 2009 (before the Docket 2010) and same months in 2011 (after Rol 2010). The variables of interest (age, gender, duration of treatment and rehabilitation or not the tooth) were obtained from patient charts. A descriptive statistics (mean, standard deviation and percentage) and inferential statistics (chi-square test), considering significant p value <0.05 . The 276 patients with a mean age of 34.2 ± 10.1 years, and mean duration of endodontic treatment were included in the analysis was 39.2 ± 32.2 days. The most frequent age group is between 20 and 49, representing 85.8% of reviews. The males represented 50 % of the sample and found no significant difference between gender and other variables. The completion of the final results were obtained in 53.7 % of patients in 2009 and 78.1 % in 2011 ($p=0.000$), which characterizes the decrease in tooth loss by 54% in patients undergoing rehabilitation prosthetic. For procedures performed before and after the new Rol dental procedures ANS was observed a statistically significant association with the occurrence (yes or no) to a final rehabilitation ($p=0.000$), with the payment method of rehabilitation ($p=0.000$), with the reasons why not rehabilitated ($p=0.000$), with the ultimate fate of the tooth not rehabilitated ($p=0.039$) and the year in which the tooth was restored ($p=0.000$). The non-completion of the prosthetic treatment was associated with loss or lack of coverage of the plan ($p= 0.000$). It was

concluded that, in the sample studied, Docket 2010 Dental Procedures ANS was effective in promoting access to rehabilitation after endodontic treatment and reduction of tooth loss patients.

Keywords: Preventive Dentistry. Public Policy. Health Supplements. Oral Rehabilitation.

LISTA DETABELAS

Tabela 1 - Estratificação da idade e do ano de realização da reabilitação dentária dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica (n=276).....	52
Tabela 2 - Caracterização das variáveis associadas à reabilitação dental dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica.....	55
Tabela 3 - Análise das variáveis de interesse comparando o período antes e depois do Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica.....	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Média de idade/tempo tratamento endodôntico de acordo com o gênero	79
Figura 2 – Estratificação da idade dos 276 pacientes submetidos a tratamento endodôntico	79
Figura 3 – Ano de reabilitação protética (n=183).....	79
Figura 4 – Caracterização das variáveis associadas à reabilitação dental.....	80
Figura 5 – Reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 de Procedimentos (n=276).....	80
Figura 6 – Local de reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=183)..	80
Figura 7 – Forma de reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=183)	81
Figura 8 – Causa da não reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=93).....	81
Figura 9 – Evolução do dente não reabilitado antes e depois do novo Rol (n=93).....	81
Figura 10 – Segmento dentário submetido a endodontia antes e depois do novo Rol (n=276).....	82
Figura 11 – Ano de reabilitação antes e depois do Rol 2010 (n=183).....	82

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL	22
2.1 BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL ..	22
2.2 DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À POLÍTICA ATUAL DE SAÚDE BUCAL	25
3 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAMENTAÇÃO DA ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR	37
4. INFLUÊNCIA DO ROL 2010 DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA ANS NA REALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROTÉTICA	49
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	77
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM) ..	77
APÊNDICES.....	78
APÊNDICE A – Ficha para coleta de dados	78
APÊNDICE B – Figuras.....	79

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

Silva, Renan Pereira da
S586p A política de saúde bucal : estudo do ROL 2010 de eventos em saúde da agência nacional de saúde suplementar / Renan Pereira da Silva. – 2014.
85 f. il.

Orientadora: Luciana Carrupt Machado Sogame.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Odontologia preventiva. 2. Políticas públicas. 3. Reabilitação bucal.
I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Durante a década de 1990, Narvai (2011) verificou que houve expressivo declínio das ações de saúde bucal no Ministério da Saúde, com baixíssima prioridade para a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), resultantes, segundo Laurel (1997), da alternativa neoliberal de diminuição de investimentos e intervenção em saúde adotada pelo Estado Brasileiro.

De acordo com Campos (1992), essa reestruturação e organização do sistema de seguridade social brasileira, incluindo a atenção à saúde, anularam os aspectos mais socializantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dificultou a regulamentação da relação SUS/medicina privada e mercantilizada, assim, o grupo político que dá sustentação à política neoliberal apoiou a extensão da saúde de mercado principalmente através da modalidade de empresas de grupo ou cooperativas de profissionais.

É nesse contexto que ocorre a regulação na saúde suplementar, tendo como marco regulatório a Lei dos Planos de Saúde, Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998), que estabeleceu normas para a comercialização de planos de saúde e posteriormente, a Lei 9.961/00 (BRASIL, 2000) que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além dessas duas principais leis, ao longo desses 16 anos ocorreram, as publicações de uma série de resoluções e instruções normativas utilizadas para regular as relações entre operadoras de planos de saúde, beneficiários e prestadores de serviço no setor de saúde suplementar. (BRASIL, 2010)

A entrada da Saúde Bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento das operadoras de planos odontológicos representam, desde a primeira década do século XXI, importantes movimentos, resultantes da política adotada pelo Estado, no âmbito dos serviços públicos e privados. (BRASIL, 2010)

Esses movimentos, de interesses contrários, têm suas políticas ministradas pelo Estado Brasileiro, seja na regulamentação do setor suplementar de saúde ou no processo de criação e execução de políticas públicas de saúde. Ambos representam

um processo de luta da sociedade, no intuito de regular a concessão fornecida à exploração da saúde pelo setor privado e na construção de um caminho de atenção à saúde em todos os níveis, para que os setores públicos e privados evoluam no sentido de garantir a saúde de forma humanizada.

No ano de 1999, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico em saúde bucal para avaliar os principais agravos em diferentes grupos etários, incluindo a população urbana e rural. O projeto iniciou-se, no então governo, com a criação do subcomitê responsável pela elaboração e execução do projeto com a coleta dos dados epidemiológicos, sendo denominado, a partir da análise dos dados de *SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira*. (BRASIL, 2005)

Segundo Narvai (2011), depois da posse do novo Presidente, em 2003, abriu-se a possibilidade de aglutinação desse projeto, resultando no maior e mais amplo levantamento epidemiológico já realizado no país, norteado pelas forças democráticas que desejavam a saúde bucal como um direito de cidadania, resguardando os princípios da Reforma Sanitária e especificamente do SUS.

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

De acordo com Vieira e Costa (2008), essa nova proposta de atenção odontológica se contrapõe à hegemônica Odontologia de Mercado, que possui mais de 70% dos cirurgiões-dentistas inseridos em seu sistema e tem sua prática centrada na assistência odontológica ao indivíduo doente, presa à forma-mercadoria da

produção do trabalho odontológico, impondo-lhes as deformações mercantilistas e éticas.

O aumento do número de profissionais ocasionado pelo aumento do número dos cursos de odontologia, a distribuição interna desigual concentrada nas regiões Sul e Sudeste, aliados à queda do desembolso direto dos pacientes para custear os tratamentos, levou, segundo Vieira e Costa (2008), à crise do modelo liberal por conta da sua baixa sustentabilidade econômica. Frente a essa situação, os profissionais de odontologia têm criado estratégias de permanência no mercado por meio de modelos associativos ou empresariais das modalidades odontológicas na saúde suplementar, causando mudanças profundas no exercício profissional da odontologia no Brasil.

Em dezembro de 2003, conforme dados gerais da ANS, um total de 4,32 milhões de brasileiros era beneficiário em planos privados exclusivamente odontológicos. Assim, em junho de 2013 existiam 19,5 milhões de vínculos e desses, 97,3% eram contratos novos (celebrados após a regulamentação do setor) e 84,8% eram de contratação coletiva. (BRASIL, 2013)

No mercado de planos com cobertura odontológica, há uma flagrante predominância dos planos coletivos, com 84,8% do total de vínculos. Nos últimos anos, parte dessa expansão se deve à difusão da adoção do plano odontológico como um benefício trabalhista. Esse benefício do ponto de vista da gestão dos recursos humanos pode contribuir para a redução do absenteísmo, aumento da produtividade, melhoria na qualidade de vida e condições gerais de saúde, elevando a autoestima do beneficiário. (BRASIL, 2009)

Entretanto, observa-se que os planos de contratação coletiva são os mais vantajosos para as operadoras, uma vez que possuem mecanismos contratuais que permitem tempo de carência exagerado, reajuste de mensalidades mediante aumento da taxa de sinistros e rompimento unilateral de contrato, trazendo prejuízo aos beneficiários. Já os planos individuais apresentam alto valor de contratação, representando menos de 10% do total de planos comercializados.

Vieira e Costa (2008) acreditam que, do ponto de vista empresarial, em 2016, haja 40 milhões de beneficiários de planos odontológicos (planos exclusivamente odontológicos e os associados aos planos médicos), todavia, o crescimento econômico das empresas de saúde suplementar é altamente dependente da relação de crescimento das taxas de emprego, o que em tempos de crise, pode causar a diminuição das altas taxas de lucro obtidas, as quais serão compensadas com o aumento dos custos aos beneficiários.

O crescimento exorbitante do segmento de planos odontológicos, não significou a melhora nos serviços prestados. De um lado, as operadoras defendem a todo o custo seus interesses comerciais, enquanto de outro, prestadores de serviços e usuários credenciados a essas operadoras questionam tal lógica capitalista, pleiteando, a melhoria e ampliação geral nos serviços oferecidos e aumento do valor dos honorários pagos pelos procedimentos realizados. Intermediando esse embate, o governo federal busca através da ANS, equacionar um denominador comum que atenda aos interesses de todos sem danificar a qualidade dos serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

Antes da regulamentação dos planos odontológicos, os produtos oferecidos adequavam-se à capacidade de pagamento dos beneficiários ou aos contratos firmados pelo empregador, mas nem sempre atendiam às necessidades de saúde bucal. A descontinuidade do tratamento odontológico, devido à falta de cobertura básica para eventos especializados de reabilitação protética, nos planos odontológicos, tornou-se fator determinante para a interrupção do tratamento e possível perda dos dentes. (BRASIL, 2009)

Segundo Barbato *et al.* (2007), a perda dos dentes tem alta frequência na população brasileira, trazendo impactos danosos na vida das pessoas e grandes desafios para saúde pública. Essa condição é um reflexo da desigualdade social, das questões culturais de desvalorização da saúde bucal, da acessibilidade e utilização de serviços disponíveis, da modalidade de financiamento do sistema de saúde e da prestação de cuidados odontológicos. A perda total ou parcial dos dentes interfere no processo de mastigação podendo levar a graves consequências no estado

nutricional, representando, portanto, risco adicional à saúde, especialmente em idosos. Além disso, pode repercutir na fonação, na estética, podendo gerar alterações psicológicas graves.

Para minimizar os efeitos da perda dentária e suas consequências, a ANS em 2010, estabeleceu no Rol de procedimentos, a inclusão de 16 procedimentos para os planos odontológicos, dentre eles, a colocação de núcleos, coroas e blocos, para promover a reabilitação de elementos dentários com coroas parcial ou totalmente destruídas, submetidos ou não à terapia endodôntica (tratamento de canal). Visto que os planos odontológicos mais comercializados apresentavam essa carência, a interferência da ANS denotou que os cuidados em saúde devem ser distribuídos de acordo com as necessidades de saúde e não conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos. (BRASIL, 2010)

Em conclusão, as ações de promoção e recuperação da saúde bucal estão atualmente contempladas nos planos odontológicos e a adoção de diretrizes clínicas e modelos de incentivos aos cuidados bucais deve ser intensificada. Vislumbra-se um cenário no qual os diversos atores sociais (governo, operadoras de planos de saúde, prestadores e consumidores de serviços) devem estabelecer um novo pacto, que viabilize a oferta de serviços odontológicos de qualidade minimizando os efeitos negativos da perda dentária. (BRASIL, 2009)

Nesse estudo, no que se refere à realização da reabilitação protética, pretende-se realizar o seguinte questionamento: a cobertura integral pelo plano de saúde contribui para a melhoria da saúde bucal da população beneficiada por esse sistema, em comparação com o grupo não beneficiado anteriormente pelo Rol de procedimentos definidos pela ANS?

É pensamento corrente, mas não confirmado, que existe uma cultura de desvalorização das pessoas em relação à saúde bucal. Nos últimos anos tem se avolumado grandes conhecimentos sobre a importância do cuidado com a cavidade oral. Mas, apesar de todo o avanço nos conhecimentos e nas novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento, pouco se tem investido na prática, para a

valorização da saúde bucal e isso contribui para o aumento dos riscos à saúde global dos indivíduos, com consequências graves sobre o estado nutricional e a possibilidade de infecções generalizadas.

Uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) revelou que 40%, ou seja, 68 milhões de brasileiros não escovam os dentes, 45% dos adolescentes já perderam pelo menos um dente por falta de higiene, 28% dos adultos tiveram todos os dentes removidos em uma das arcadas e nos idosos a média é de 26 dentes faltando na boca. Culturalmente a perda dos dentes é considerada consequência do processo de envelhecimento e não do processo de doença ocasionado pela privação de acesso às políticas públicas e de coesão social, entre elas: o acesso à água tratada e fluoretada e a baixa oferta de serviços de atenção em todos os níveis de atenção. (WOLF, 1998; FISKE *et al.*, 1998; PINHEIRO, 2001; JONES *et al.*, 2003; FERREIRA *et al.*, 2006)

Nesse sentido, o tema *Política de Saúde Bucal* discutindo o Rol 2010 de eventos em saúde da ANS, como objetivo desta dissertação foi escolhido em função da experiência do autor na realização de atendimento a pacientes que possuem planos odontológicos e na vivência diária das dificuldades experimentadas para a cobertura completa de serviços essenciais pelos planos de saúde.

Observou-se que muitos pacientes de planos odontológicos que possuíam dentes com destruição coronária (da coroa do dente) total ou parcial, submetidos ou não à terapia endodôntica (tratamento de canal) e que necessitariam de reabilitação protética, não a realizavam. Passado algum tempo, em consultas de revisão, era comum a necessidade de exodontia (remoção) desses dentes. A exodontia, além da imposição de efeitos psicológicos e de exclusão social podem gerar riscos para a saúde dos pacientes, além de grande sentimento de frustração e impotência que é sempre compartilhado com o paciente.

Percebe-se que estava reproduzindo, nesse sistema de atenção privada, devido à falta de cobertura mínima para eventos de reabilitação, a mutilação dental, tal qual

ocorre no sistema de atenção pública devido à carência de centros de especialidades odontológica.

Deve-se considerar que o sub-financiamento do SUS, decorrente do pagamento do ônus da dívida pública, implica em políticas sociais deficientes em saúde, elevando o grau de complexidade para o tratamento que poderia ser promovido com ações de cunho preventivo em saúde.

Os procedimentos odontológicos contidos no Rol 2010 da ANS ampliaram o acesso a novos serviços contemplando ações de recuperação de dentes com necessidades de reabilitação e aumentou o foco nas ações preventivas, integrando os cirurgiões-dentistas autônomos, às políticas definidas no *Programa Brasil Sorridente*. Uma avaliação dos efeitos da inclusão desses novos procedimentos pode desmistificar a ideia da cultura de desvalorização da saúde bucal pela população.

A produção científica neste campo de conhecimento que se alinha à Saúde Bucal Coletiva tem priorizado a análise no âmbito do setor estatal, entretanto, o setor hegemônico da prestação de serviços assistenciais, que é o da Odontologia de Mercado, é relegado a um plano secundário da realização de estudos. Diante disso, a relevância deste estudo está em fornecer dados que possam auxiliar na elaboração de novas políticas públicas com vistas à ampliação dos eventos odontológicos nas revisões do Rol de eventos da ANS, além de desmistificar a questão cultural associada ao cuidado com a saúde bucal.

Então, diante do exposto, entende-se que a legislação e regulamentação determinadas pelos poderes conferidos à ANS, pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscritas nos postulados legais do SUS; em bases corporativas ou tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados. A concessão fornecida aos planos odontológicos para a exploração desse segmento deve seguir um caminho de atenção em todos os níveis, de forma a manter um equilíbrio entre a necessidade dos beneficiários, dos prestadores e o interesse capitalista dos gestores da odontologia suplementar.

O estudo em questão nos capacita a conhecer o perfil e a real situação dos beneficiários de planos odontológicos de contratação coletiva, discutindo as questões que influenciam na realização da reabilitação protética e o desfecho relativo à perda dental em pacientes incluídos na amostra.

Para tanto, realizamos esta pesquisa em dois momentos: o primeiro momento caracterizado por uma revisão bibliográfica, utilizando-se de artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 1990 a 2013, com os descritores odontologia, saúde suplementar e políticas públicas, nas bases de dados *National Library of Medicine* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), assim como os livros textos para estudar a história política e social da Odontologia no Brasil, o cenário atual e as perspectivas. Também foi conduzida uma extensa pesquisa documental para conhecer as leis e portarias que regulamentam a saúde suplementar no Brasil, o papel regulador da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), sendo o resultado agrupado de acordo com características comuns e tratados sob a ótica qualitativa de análise de documentos.

O segundo momento correspondeu a um estudo do tipo observacional de coorte e retrospectivo de pacientes de clínica privada que foram submetidos à terapia endodôntica e que possuíam plano odontológico de contratação coletiva no período de 04/2009 a 06/2009 (pacientes não beneficiados com o Rol 2010 da ANS) e no período de 04/2011 a 06/2011 (pacientes beneficiados com o Rol 2010 da ANS). As informações coletadas permitiram traçar o perfil dos beneficiários, observando se o dente não reabilitado necessita de retratamento endodôntico, necessitou de retratamento endodôntico, necessita ser extraído ou foi extraído. As variáveis de interesse foram coletadas de modo retrospectivo, nos prontuários dos pacientes atendidos no período do estudo.

A seguir, os resultados desta pesquisa que será apresentada em três capítulos, a saber: Capítulo 2 – *O Sistema Único de Saúde e a Política Atual de Saúde Bucal* traz o resultado do levantamento bibliográfico e uma discussão sobre o desenvolvimento do atual modelo que regulamenta e gerencia a saúde bucal no

Brasil. Discute também as diversas estratégias adotadas pelo Governo e suas instituições a fim de financiar a atividade, dando o caráter atual e a consolidação do maior programa de atenção à saúde bucal já implantado no país, o programa Brasil Sorridente.

No Capítulo 3 – *A Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Regulamentação da Odontologia Suplementar* aprofundamos a discussão do modelo da prática odontológica mercantilizada, da incapacidade do SUS de fornecer atenção bucal adequada aos procedimentos de média e alta complexidade, do surgimento e crescimento dos planos odontológicos e da regulamentação da odontologia suplementar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

No Capítulo 4 – *Influência do Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da ANS na Realização da Reabilitação Protética*, que estão os dados da pesquisa de campo, onde retrospectivamente analisamos 276 pacientes que possuíam plano odontológico de contratação coletiva e que foram submetidos à terapia endodôntica no período de 04/2009 a 06/2009 e no período de 04/2011 a 06/2011, traçando o perfil dos pacientes quanto à realização da reabilitação definitiva e o possível desfecho do dente não reabilitado.

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POLÍTICA DE SAÚDE BUCAL

A dois capítulos a seguir delineiam os caminhos seguidos até o desenvolvimento do atual modelo que regulamenta e gerencia a saúde bucal no Brasil e as políticas adotadas pelo Governo e suas instituições, a fim de financiar a atividade odontológica no Brasil.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA EVOLUÇÃO DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

A filosofia do devir, (do movimento, do vir-a-ser) Hegel citado por Nicolau (2010), pode explicar a realidade da atividade odontológica em constante processo a qual se fez em três etapas: tese, antítese e síntese:

De acordo com Mendes (1986), a tese é representada pela prática da odontologia científica, advinda da evolução prática médica do final do século XIX, entendida como conceito referente às teorias políticas e práticas originadas da base política e social do estado absolutista e mercantilista, para atuar no campo da saúde, reforçando o seu caráter normalizador e higienizador. A emergência da Revolução Industrial passou a exigir novo modelo de medicina, coerente com as novas formas de capitalismo. Os modelos sanitários anteriores não se adequavam às novas demandas da sociedade, e se esgotaram daí surgindo um novo paradigma, o da medicina científica.

A consolidação desse processo, segundo o mesmo autor, deu-se através das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, e financiado por fundações privadas americanas que aplicaram, em sua implementação, mais de 150 milhões de dólares, em 20 anos. Esse relatório não surge, aleatoriamente, como mais um simples documento dos reformistas da Era Progressista, mas como produto da iniciativa de uma fundação que escolheu, como objetivo de seu trabalho, estudos no campo da educação profissional em direito, teologia e medicina. A medicina científica se institucionalizou, através da ligação orgânica entre o grande capital, a corporação médica e as universidades.

De acordo com Nickel (2008), a interação desses elementos criou uma nova prática, a odontologia científica ou flexneriana, orientada para a cura ou alívio das doenças ou para a restauração de lesões e que é caracterizada pela natureza individual de seu objeto, pela concepção mecanicista do homem, pela crescente busca do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, pela dominância da especialização, pela seletividade de sua clientela e exclusão de formas alternativas de prática odontológica, altamente lucrativa e que convenientemente não abrange o social.

Segundo Nickel (2008), tal sistema, criado na lógica do lucro, mostra-se, hoje, ineficiente, ineficaz e desigual, apresentando como consequências: desigualdade no acesso aos serviços, inadequação à estrutura de necessidades da população, baixa produtividade dos recursos, crescimento incontrolável dos custos, qualidade insatisfatória dos serviços, inadequada estrutura de financiamento, ausência de integralidade da atenção, multiplicidade e desintegração institucionais, excessiva centralização e ineficácia social.

A antítese foi representada pela odontologia simplificada em que na década de 70, segundo Mendes (1986), iniciam, em nível mundial, os questionamentos ao paradigma flexneriano, concentrados na constatação de sua ineficácia, ineficiência, desigualdade de acesso e iatrogenicidade. Começam, então, a delinear-se em vários lugares da América Latina, como negação da odontologia flexneriana, as propostas de odontologia simplificada, as quais predominam a influência da doutrina da atenção primária.

Zanetti (1996), afirma que esse enfoque de odontologia simplificada, que é o mais encontrado até o momento, é, na realidade, extremamente limitado, visto que não questiona o modelo de prática hegemônica, a odontologia científica. Ela não pretende uma mudança qualitativa da prática profissional e os esforços se fizeram no sentido de simplificar recursos humanos, material de consumo, instrumental, equipes odontológicas, sistemas de trabalho, técnicas e espaço físico com o objetivo de estabelecer uma odontologia de alta produtividade. Essa produção de mais atos curativos, em menor tempo, e a um custo o mais baixo possível é destinada às

classes sociais marginalizadas e concretizada pela simplificação dos elementos da prática profissional, em especial, recursos humanos e equipamentos.

Segundo o mesmo autor, a odontologia simplificada discursava sobre a importância da prevenção, mas, na prática, continuava a priorizar o curativo. O contexto conflituoso colocado, principalmente, pelos dilemas da quantidade versus qualidade e da prevenção versus curativo, levou a uma reflexão mais profunda, agora calcada em alguns anos de experiência própria, sobre o significado real da odontologia simplificada. E concluiu-se que era um caminho equivocado, porque se estava construindo uma prática odontológica que expressava, nesse campo específico, o exercício de uma política social discriminatória, que consolidava as desigualdades entre as classes sociais. Para cidadãos tidos como de segunda categoria, se ofertavam serviços de segunda categoria, que valiam na medida de seu baixo custo, dado pelo seu conteúdo de simplificação.

Esse amadurecimento conceitual, segundo Mendes (1986), levou a um terceiro momento, de síntese, ou seja, ao delineamento da proposta da odontologia integral, que se coloca, como a possibilidade teórica de uma nova forma de pensar e fazer odontologia, objetivando substituir a odontologia científica. Essa possui três grandes pilares interdependentes: a simplificação dos elementos, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico.

A odontologia integral, afirma Nickel (2008), não rejeita a tecnologia sofisticada de eficácia comprovada. Antes, incorpora-a, tendo, contudo, o cuidado de mantê-la no nível de atenção apropriado e de dar, a ela, uma utilização adequada, para o que é imprescindível um sistema de avaliação tecnológica. O mais relevante na odontologia integral é o caráter preventivo no seu contexto amplo de manutenção da saúde e, não, o que ocorre nas odontologias científica e simplificada, com ênfase às ações curativas ou restauradoras.

De acordo com Mendes (1986), o perfil teórico da odontologia integral se completa com o conceito de desmonopolização do saber odontológico, que pretende a superação do monopólio profissional pela difusão dos conhecimentos científicos e

tecnológicos e dos benefícios da atenção odontológica, o que constitui o ponto fundamental para viabilização do controle social dos serviços, pela população. Ela modifica, substantivamente, os elementos estruturais das outras práticas e seus elementos ideológicos são: o resgate da característica coletiva do objetivo da prática odontológica; a integração de atividades promocionais, preventivas e curativas; a descentralização da atenção odontológica; da formação das equipes de saúde; do uso de tecnologia apropriada e da participação popular.

Dessa forma, entende-se que a política atual de saúde bucal, evidenciada pelo Programa Brasil Sorridente, desenvolve-se a partir de um pensamento utópico, de síntese da odontologia integral em detrimento da odontologia científica, altamente voltada para o capital e presa à forma-mercadoria de produção do trabalho odontológico, e da odontologia simplificada, que discursava sobre a importância da prevenção, mas na prática continuava a priorizar o curativo.

2.2 DO MOVIMENTO DA REFORMA SANITÁRIA À POLÍTICA ATUAL DE SAÚDE BUCAL

Segundo Giovanella et al. (1995/1996), até a década de 1970, o Brasil se encontrava numa posição de penúria sanitária com ações pouco efetivas para a melhoria do perfil epidemiológico de sua sociedade, com níveis de desigualdade alarmantes e, nesse momento, sob o comando de um Estado autoritário que pouco investia numa melhoria do sistema de saúde pública do país.

A reforma do setor de saúde no Brasil, segundo Almeida (1995), estava na contramão das reformas difundidas naquela época e no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social. A proposta brasileira, que começou a tomar forma em meados da década de 1970, estruturou-se durante a luta pela redemocratização.

De acordo com Luz (1991), um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade, desde os movimentos de base até a

população de classe média e os sindicatos, em alguns casos associados aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época.

Segundo Pego (2002), a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu, segundo Monti (1992), do reconhecimento que a sobrevivência do modelo de assistência à saúde estava ameaçada e havia, assim, a necessidade da reestruturação e organização do sistema de saúde brasileiro, processo esse embasado em novos paradigmas obtidos a partir da Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em setembro de 1978, com a adoção da atenção básica como foco de ação cujo objetivo seria prover o acesso a ações integradas de saúde de forma universal.

De acordo com Pego (2002), em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, o grande marco desse período do Movimento pela Reforma Sanitária, aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais.

Essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS e posteriormente, segundo Andrade (2000), durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado.

Sendo assim, as propostas da 8ª CNS, que mobilizou não somente profissionais e técnicos de saúde, mas outros setores da sociedade brasileira foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90 que vieram a delinear o SUS, constituído pelo conjunto

de ações e serviços de saúde, prestados por órgão e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público que são de relevância pública. (BRASIL, 2005)

Todavia, segundo Médici (1990), a Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, durante a qual os movimentos sociais se retraíam, a ideologia neoliberal proliferava e os trabalhadores perdiam poder de compra. Simultaneamente a essa reforma, as empresas de saúde se reorganizavam para atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do governo e consolidando os investimentos no setor privado.

Nogueira (2004) afirma que a estruturação do marco jurídico legal do SUS, no final da década de 80, veio acompanhada de uma forte onda globalizante e neoliberal que freou o processo de reformas sanitárias em diversos países da América Latina e mesmo a dinâmica do Sistema Único de Saúde no Brasil. O direito a saúde ficou ameaçado ou, pelo menos restrito a algumas estratégias residuais.

A política neoliberal, segundo Petras (1997), teve início com a crise mundial que afetou, desde o final dos anos 70, os países desenvolvidos e os chamados em desenvolvimento, marcando uma nova leitura capitalista que se contrapunha ao modelo de *welfare state* ou bem estar social garantido pelo Estado. A redução do tamanho e poder de intervenção do Estado, a privatização dos setores públicos e a desregulamentação dos mercados, são as regras adotadas pela cartilha neoliberal em função da obtenção de mais lucros e da manutenção das altas taxas de juros pelo sistema capitalista.

Entende-se que a solução encontrada para resolver o problema de desequilíbrio fiscal passou a ser a descentralização das funções do Estado, através dos programas de privatização, de forma a permitir uma gestão mais eficiente, e que assegurasse governança e governabilidade do Estado.

De acordo com Aragão (2006), a suposta escassez de recursos nos orçamentos públicos, evidenciada pela incapacidade do Estado de assumir a responsabilidade

pelo financiamento de políticas públicas e investimentos, levou ao surgimento das parcerias público-privadas (PPP), que foram instituídas pela Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004, num contexto de ampla reforma do aparelho estatal iniciada no princípio da década de 1990, que guarda segundo Zymler e Almeida (2005) relações com o conjunto de práticas neoliberais.

O financiamento desse modelo ocorre através de um fundo público que é composto por impostos e contribuições arrecadados pelo Estado, que no capitalismo contemporâneo sofre pressões e funciona como um elemento fundamental para a reprodução do capital e da força de trabalho, ou seja, existe uma tensão, ainda que desigual, pela repartição do financiamento público. (SALVADOR, 2008)

Segundo Salvador (2008), em virtude da regressiva carga tributária no Brasil, a composição do fundo público tem sido majoritariamente formada de recursos oriundos de contribuições sociais e impostos que recaem sobre o consumo e no âmbito da Seguridade Social a quase totalidade dos recursos vem da classe trabalhadora.

Dessa forma, entende-se que o caráter regressivo da tributação e do fundo público, coloca em questão a defesa de que as políticas sociais brasileiras têm efeito redistributivo.

No Brasil, quem ganha até dois salários mínimos gasta 26% de sua renda no pagamento de tributos indiretos, enquanto o peso da carga tributária para as famílias com renda superior a 30 salários mínimos corresponde apenas a 7%. Esse fato segundo SALVADOR (2010), relaciona-se as alterações nas leis e regulamentos tributários após a Constituição federal de 1988 que permitiu a transferência do ônus tributário para a renda do trabalho e para a população pobre.

Dessa forma, Mendes (1993) afirma que, tanto o texto constitucional quanto a Lei 8080, conhecida como *Lei Orgânica da Saúde*, apesar das ambiguidades que permeiam o tecido social brasileiro e os conflitos de interesses entre os setores público e privado, limitam-se ao sistema público de saúde, não incluindo dispositivos reguladores do setor privado moderno, seja na sua vertente de produtores de insumos, seja no denominado de atenção médica supletiva.

O mesmo autor, diz, que se estabeleceram na sociedade brasileira dois sistemas de saúde distintos, defendidos em uma luta político-ideológica entre um projeto conservador e um projeto democrático. De um lado, as forças conservadoras lutam para manter e consolidar o atual Sistema Nacional de Saúde, plural e desintegrado, com hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, de outro, as forças democráticas propõem a mudança do sistema, através da Reforma Sanitária, no fortalecimento do SUS.

Apesar de todo esse cenário de embate, ao longo dos últimos 26 anos, o SUS se consolidou como ator central na atenção à saúde, com intensa participação dos estados, dos municípios e da sociedade civil. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. (BRASIL, 2009)

A sua criação em 1988 é uma grande referência do início da oferta de atendimento odontológico regular e em larga escala na rede pública de saúde. A fluoretação das águas de abastecimento público, política determinante na diminuição da prevalência de cárie dental, vem ocupando lugar de destaque na política no que se refere à atenção básica da saúde bucal da população. (BRASIL, 2009)

Segundo Emmerich (2003), no que se refere à saúde coletiva, a fluoretação da água em sistemas de abastecimento públicos, um projeto iniciado em 1953, em Baixo Guandu, ES, constituiu um marco da odontologia no Brasil. Consolidada pela promulgação da Lei Nº. 6.050, de 24 de maio de 1974, o mesmo autor pontua que sua utilização na prevenção da cárie dental gerou uma melhoria significativa na saúde bucal da população, e, conseqüentemente na melhoria da qualidade de vida, inaugurando a prática da odontologia social e tornando-se a grande bandeira dos profissionais da odontologia no que se refere à atenção básica.

De acordo com Narvai (2011) a política atual de assistência bucal, o Programa Brasil Sorridente, se constitui em um destaque na história das Políticas Públicas no Brasil,

na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do SUS.

O programa busca trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com a implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo. (BRASIL, 2010)

As portarias referentes às principais estratégias assistenciais do Brasil Sorridente foram elaboradas em consonância com as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada entre 19 de julho e 1º de agosto de 2004, representando a deflagração de um processo ascendente de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações integradas da sociedade civil e movimentos populares, tendo por referência a saúde bucal das populações como indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades. (BRASIL, 2010)

Este documento apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. (BRASIL, 2006a)

Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micro-política, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais. (BRASIL, 2010)

Por sua natureza técnica e política, este documento encontra-se em permanente construção, considerando-se as diferenças sanitárias, epidemiológicas regionais e culturais do Brasil e deve ser debatido à luz dos resultados da pesquisa *Condições de Saúde Bucal na População Brasileira*, que o embasa do ponto de vista epidemiológico.

Segundo Narvai (2011), dentre as ações definidas no plano de diretrizes da política nacional de saúde bucal definidas nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal destacam-se: a fluoretação das águas, a educação em saúde, a higiene bucal supervisionada, a aplicação tópica de flúor, as ações de recuperação e as ações de reabilitação.

No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam para a ampliação e qualificação da atenção básica, com acesso disponível para todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, de nível secundário e terciário, visando à integralidade da atenção. O modelo de atenção centra-se nos pressupostos da qualificação da atenção básica, da garantia de articulação da rede de atenção básica e a rede de serviços, da efetivação da integralidade nas ações de saúde bucal, na utilização da epidemiologia para subsidiar o planejamento, no acompanhamento do impacto das ações por meio de indicadores adequados, na atuação centrada na vigilância à saúde, na incorporação da Saúde da Família como estratégia de reorganização da atenção básica, na definição de uma política de educação permanente para os trabalhadores, no estabelecimento de uma política de financiamento e na definição da agenda de pesquisa científica. (BRASIL, 2008)

No que se refere ao financiamento da Atenção Básica, os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de ESF registrado no sistema de cadastro nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Os valores transferidos variam segundo a modalidade da equipe, carga horária dos profissionais e número de agentes comunitários de saúde registrados, de acordo com o estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica. Os repasses municipais são efetuados em contas específicas para esse fim, de acordo com a normatização

geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos Estados e do Distrito Federal. (BRASIL, 2010)

O ESF funciona por meio de equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde – e, desde 2004, começou a incluir equipes de saúde bucal, que passou de 4.261 em 2002 para 20.300 em 2010. As equipes de saúde da família trabalham em unidades de Saúde da Família que atuam em áreas geográficas definidas e com populações adscritas, com 600 a 1.000 famílias para cada ESF. (BRASIL, 2010)

Considerando o período 2002-2010, o investimento em saúde bucal foi expressivo, passando de 56 para 600 milhões de reais; de 41% para 81% de municípios com cirurgiões-dentistas em serviço e de 6 para 25 milhões de pessoas com cobertura ao tratamento especializado. (BRASIL, 2010)

Considerando a consolidação da “Estratégia Saúde da Família” como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, o Art. 1º O Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 2011, define as especificidades dos profissionais de Saúde Bucal das Equipes de Saúde da Família que podem se organizar nas seguintes modalidades: I - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); e II - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB). (BRASIL, 2012)

Os profissionais das modalidades I ou II podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel e/ou Unidade de Saúde. Ambos representam o primeiro ponto de contato com o sistema de saúde local, coordenam a atenção e procuram integrar com os serviços de apoio diagnósticos, assistência especializada e hospitalar. Os serviços de saúde e as atividades de promoção de saúde funcionam nas unidades, nas casas dos pacientes e na comunidade. O ESF

tem se expandido grandemente: em 2010, havia aproximadamente 236.000 agentes comunitários de saúde e 30.000 equipes de saúde da família, que atendiam cerca de 98 milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros. (BRASIL, 2010)

O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal. Eles estão preparados para oferecer à população os serviços de diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, prótese dentária e atendimento aos portadores de necessidades especiais. (PUCCA, 2009)

A implantação de CEO se deu por meio de Portarias Nº 599/GM de 2006, em Brasil (2006b), que definiu critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento e a Portaria Nº600/GM-2006, em Brasil (2006c), que instituiu o financiamento dos mesmos. Segundo Padilha (2011), além dos CEOs, há também a implantação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) próprios do município ou terceirizados credenciadas para realização de próteses totais, próteses parciais removíveis e prótese coronária e intrarradiculares e as próteses fixas e as adesivas.

Essa última medida foi tomada, diante do alto percentual (75%) dos idosos desdentados e de uma parcela importante (30%) dos adultos de 35-44 anos no levantamento epidemiológico nacional de 2003. Observou-se também que as extrações dentárias que representavam, em 2003, 11% do total de procedimentos realizados pelo SUS passaram em 2009 para 5.2%, representando uma média de 400 mil dentes salvos por ano. (BRASIL, 2009)

De acordo com Figueiredo (2009) a discussão quanto ao acesso à atenção odontológica especializada no sistema público é recente e torna-se relevante na medida em que a atual Política Nacional de Saúde Bucal tem visado, entre outros objetivos, viabilizar a oferta da atenção secundária através, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Barros (2002) afirma que, em países como o Brasil, o acesso à atenção odontológica apresenta profunda desigualdade e há controvérsias se o investimento em serviço especializado é a solução adequada haja vista que a maior parte da redução dos principais agravos bucais (cárie dentária e doença periodontal) está no acesso à atenção primária (acesso ao flúor e disseminação das práticas de higiene oral) e segundo Barata (2005), na melhoria nos indicadores sociais (escolaridade, renda e ocupação), e não necessariamente na assistência odontológica propriamente dita.

Nesse sentido, um bom indicador para saúde bucal é o número de pessoas livres de cárie, e, para essa avaliação a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere os 12 anos, como idade. Os resultados *do SB Brasil* apontam, aos 12 anos, um aumento das crianças livres de cárie de 3,1%, em 1986 para 31% em 2003, alcançando 44% em 2010, dado considerado favorável. (BRASIL, 2012)

Entretanto para o grupo de jovens (16-19 anos) e de adultos (35-44 anos), essa redução ocorre paulatinamente, havendo, portanto a necessidade de atenção no tratamento desses grupos no intuito de evitar a perda dental, considerada o pior desfecho para a doença cárie. Em idosos a perda dental tem alto grau de prevalência e os estudos baseados nos resultados do SB Brasil de 1986, 2003 e 2010 não demonstraram redução significativa no índice CPOD [Dentes Cariados(C), Perdidos(P) e Obturados(O)]. (BRASIL, 2012)

Fato esse de grande relevância, visto que, ao lado do câncer de boca, a ausência de dentes é um dos mais graves problemas da saúde bucal no Brasil. Hoje 75% dos idosos são desdentados. Entre adultos com idade de 30 a 44 anos esse índice é de 30%. O Ministério da Saúde registra, ainda, um total de 5 mil adolescentes desdentados sem prótese na boca e estima-se que 8 milhões de pessoa precisam de prótese dentária no país. (BRASIL, 2012)

De acordo com Vargas (2005), a perda dental é considerada como uma decorrência do agravamento das doenças bucais mais prevalentes, entre elas a cárie. Mas na

prática, ocorre como solução definitiva para dor, sendo motivada principalmente pela falta de acesso ao serviço e à condição socioeconômica.

Para Unfer (2006), essa perda não se configura na maioria das vezes como tratamento indicado clinicamente e quando motivada por problemas sociais, a mutilação bucal pode ser vista também como uma mutilação social.

A incoerência reside no fato de que, a extração é realizada tanto pelo serviço público quanto pelo privado e, para isso não falta recurso nem acesso. É fato também que sua superação requer, entre outros, amplo serviço de atenção secundária, que possa garantir a todos, por exemplo, a eliminação da dor diante de infecções através de tratamento adequado e quando necessário, a reabilitação do dano.

De acordo com Mattos (2006), na perspectiva da integralidade, os desafios postos por uma doença envolvem tanto questões relativas à oferta dos serviços assistenciais que são necessários para responder às necessidades de assistência dos portadores da doença em questão existentes hoje, como questões referentes às possibilidades futuras de redução do número de portadores dessa doença.

Nesse sentido, a instalação de CEO, contempla a aplicação de procedimentos reabilitadores para amenizar o quadro de perda dental na população adulta e idosa; no entanto, as ações preventivas implantadas devem ser mantidas para impedir que o edentulismo se perpetue em futuras populações.

Um balanço de ações 2002-2010 do programa Brasil Sorridente demonstrou que cresceu em 49% o número de dentistas trabalhando no SUS, passando de 40.205 para 59.258, sendo que 30% dos dentistas do país estão inseridos no programa, trabalhando nas equipes de saúde, nas unidades de saúde ou nos centros de especialidades. (BRASIL, 2010)

No Espírito Santo, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde em 2012, 69 municípios faziam parte do programa de Estratégia de Saúde da Família, o que corresponde a uma cobertura de 88,4%, se comparado a 2002, quando 44

municípios possuíam equipes de saúde bucal. No Estado já estão instalados 11 centros de especialidades odontológicas. (BRASIL, 2012)

Todavia, Santos Neto et al. (2012) afirmam que, apenas 17% dos cirurgiões-dentistas com menos de cinco anos de atuação, integram o setor público do Estado, o que demonstra a necessidade de ampliação do acolhimento aos profissionais recém-formados.

Com esses resultados podemos afirmar que o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre o setor público e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos (acesso universal vs. segmentação do mercado), que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Há de se levar em conta que, de acordo Schramm (2005), a má distribuição de recursos na saúde pública ainda leva à restrição do acesso aos serviços, o que dá origem a dilemas éticos em que a tomada de decisão deve considerar valores sociais, valores éticos e critérios técnicos.

Os recursos destinados à saúde pública no Brasil representam cerca de 3% do Produto Interno Bruto (PIB), com custo per capita de 120 a 150 dólares. Tais recursos, considerados baixos pela sociedade civil brasileira, representam grandes entraves na aplicação dos princípios morais da igualdade de acesso, da integralidade da atenção e da universalidade do direito à saúde, previstos na Lei Orgânica da Saúde. (SCHRAMM, 2005)

O SUS aumentou o acesso ao cuidado com a saúde para uma parcela considerável da população brasileira em uma época em que o sistema vinha sendo progressivamente privatizado. Ainda há muito a fazer para que o sistema de saúde brasileiro se torne universal. Nos últimos vinte anos houve muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia e na atenção básica,

além de um grande processo de descentralização, ampla participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Para que o sistema de saúde brasileiro supere os desafios atuais é necessária uma maior mobilização política para reestruturar o financiamento e redefinir os papéis dos setores público e privado.

3 A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR E A REGULAMENTAÇÃO DA ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR

Segundo Santos (2003) os antecedentes históricos do mercado de planos e seguro de saúde está diretamente associado aos esquemas de prestação de assistência médico-hospitalar e com o forte vínculo ao contrato de trabalho.

A partir da década de 40, de acordo com Andrade (2000), a assistência médico-hospitalar dos trabalhadores já era diferenciada, organizada em Caixas de Assistência específicas por categoria profissional, posteriormente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Previdências (IAPs) e depois unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social, INPS, cuja clientela permanecia definida pelo vínculo empregatício (trabalhadores e dependentes).

Mas é nos anos 50, o mesmo autor, com a implantação das grandes empresas estatais e de várias multinacionais, que a política diferenciada de benefícios para os trabalhadores destas empresas implicou na montagem de esquemas próprios de assistência médico-hospitalar.

Nos anos 60 e 70, segundo Santos (2003), surgiram empresas médicas direcionadas para o atendimento de segmentos de trabalhadores do setor industrial e de serviços, que passaram a oferecer planos de saúde aos seus funcionários através de convênios com caixas assistenciais ou administrados pela própria empresa, em troca de subsídio público.

Para Menicucci (2007), um dos desdobramentos dessa prática foi a terceirização da assistência via convênios das empresas empregadoras com empresas médicas (ou de medicina de grupo), e também o desenvolvimento de cooperativas médicas, contribuindo para o financiamento e à estruturação de um mercado que hoje chamamos de planos privados de assistência à saúde.

Na década de 80, Bahia (2001) afirma que os planos de saúde estavam voltados, quase que exclusivamente, para os clientes empresa que era onde estava a clientela

beneficiária da Previdência Social. Eram planos coletivos acessíveis somente pela posse de contrato de trabalho.

Segundo Darengowski (2004), a partir da segunda metade dessa década de 80, aproveitando-se da carência do governo na promoção de políticas de saúde à população, as operadoras de planos de saúde captaram as demandas de clientes individuais, em especial trabalhadores autônomos, profissionais liberais, aposentados e trabalhadores de empresas de pequeno porte.

A ampla regulamentação do setor de saúde suplementar é bastante recente, dado que até a criação do Departamento de Saúde Suplementar no âmbito da então Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, no início de 1998, a única ação governamental existente era proveniente da Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda, cuja ação era residual e muito mais voltada ao setor de seguros como um todo do que à saúde.

As operadoras até então, realizavam os seus serviços conforme o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, regulamentado pelo Decreto no 60.459, de 13 de março de 1967, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. A regulamentação era realizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). (BRASIL, 2004)

De acordo com Pereira (2001), o mercado de planos e seguros privados atuou por mais de 30 anos sem regulação específica, sem que nenhum plano-referência em saúde fosse estabelecido, de forma a comparar a necessidade de acesso à saúde ao ressarcimento pela perda de um bem material qualquer.

O mercado foi se expandindo e, segundo Menicucci (2007), em 1988, a Constituição Federal, além de estabelecer a atribuição do Estado de assegurar o direito à saúde dos cidadãos com a criação do SUS, permitiu a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada sob o controle do Estado, através do art. 199.

Segundo Santos (2006), há também artigos que se voltam tanto para o serviço público como para o privado, com é o caso do Art. 197, que cita a saúde como um bem de relevância pública, que permeia tanto o setor público como o privado e delega ao Estado o dever de regular, fiscalizar e controlar a saúde pública e privada.

Entretanto, segundo Nogueira (2004), a publicação da Constituição, em 1988, coincidiu com o período de implementação da reforma do Estado, através do projeto neoliberal, cujo principal foco era a privatização dos setores públicos, a diminuição do tamanho do quadro de pessoal do Estado, a redefinição de seu papel regulador, a recuperação e o aumento da governabilidade, incluindo a proposta de criação de agências regulatórias.

Segundo Salgado (2003), o Estado brasileiro abdicou de ser o principal ator, no que se refere às ações de saúde para o acesso da população e o que se observou com essa política foi um processo de precarização do SUS em detrimento do desenvolvimento do modelo médico-assistencial-privatista, a criação das agências regulatórias repleto de conflito de interesses e a expansão da saúde suplementar subsidiada pelo governo e com inúmeras isenções fiscais.

Segundo Favaret (1990), o modelo médico-assistencial-privatista já cobria, em 1987, 15% da população brasileira, resultantes da insatisfação com os serviços públicos associados à eficiente ação estratégica do setor privado.

Segundo Covre (2002) por quase 10 anos, vários Projetos de Lei foram apresentados na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, tramitando pelo Congresso Nacional, quando, em 03 de junho de 1998, foi sancionada Lei n.º 9656, que dispôs sobre os Planos Privados de Assistência à Saúde.

Posteriormente, em 28 de janeiro de 2000, a Lei nº 9.961 cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma pessoa jurídica de direito público, autarquia especial caracterizada por sua autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes. É vinculada ao Ministério da Saúde com atuação em todo

território nacional e responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. (BRASIL, 2010)

Com a criação da ANS, segundo Gouveia (2004) se instituíram diversas garantias aos usuários, tais como: tornar obrigatório às operadoras o oferecimento do Plano-Referência; proibir a rescisão unilateral de contratos e submeter à aprovação do governo os índices de reajuste anuais.

Conforme previsto no art. 174 da Constituição Federal, o Estado como agente normativo e regulador da atividade econômica deverá exercer na forma da lei as funções de fiscalização, incentivo e planejamento, sendo determinante ao setor público e indicativo para o setor privado, pois a saúde é um serviço de interesse geral, na qual é reconhecido o caráter suplementar da saúde privada (como dispõe o art. 199 da Carta Magna), desempenhada como serviço de interesse econômico em geral, interesse esse, que justifica a regulação desse setor. (BRASIL, 2010)

Esta autarquia especial, a ANS, foi criada com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde através da regulação e fiscalização do setor, das relações das operadoras setoriais com prestadores de serviços de saúde e com os usuários de planos de saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde no País. Sua atuação é restrita a regulação dos serviços das operadoras de planos privados de assistência à saúde, competindo à Agência zelar pelo fiel cumprimento da Lei 9656/1998 e sua regulamentação normativa, no âmbito da saúde suplementar no Brasil. (BRASIL, 2010)

No que se refere à normatização realizada pela ANS houve uma homogeneização e ampliação da cobertura assistencial dos contratos de planos de saúde, além de muitos outros benefícios aos consumidores, como a proibição da limitação do número de consultas, de cobertura para exames e de prazo para internações, mesmo em leitos de alta tecnologia. A legislação trouxe também como benefício o princípio da não discriminação dos consumidores, em função da essencialidade do

serviço, atendendo ao princípio fundamental esculpido na Constituição Federal, a dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 2012)

A ANS, no contexto da fiscalização, tem competência de polícia normativa, decisória e sancionatória, exercida em qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, como outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (art.1º §1º da Lei 9656/98). No âmbito desta competência a Agência Nacional de Saúde Suplementar assegura aos consumidores a existência de medidas, como a imposição de sanções para os atos irregulares cometidos pelas operadoras, na qual há instauração de um processo administrativo. (BRASIL, 2012)

Estes atos irregulares, que contrariam a legislação em vigor, podem ser denunciados pelos consumidores através do disque ANS ou pessoalmente nos 12 núcleos regionais da Agência, espalhados por alguns estados do Brasil, onde o consumidor tem o direito de se identificar ou não no ato da denúncia. (BRASIL, 2012)

É importante salientar que apesar do número crescente de beneficiários de planos de saúde e odontológicos, o estado do Espírito Santo não possui nenhum núcleo regional da ANS. O desenvolvimento de políticas de implantação desses núcleos é indispensável nesse processo de desenvolvimento da Agência, de forma a permitir o acesso dos beneficiários de forma mais regulada.

O controle realizado pela ANS ocorre de acordo com as formas que foram classificados os planos. Os planos antigos são aqueles contratos firmados anteriormente à Lei 9656/1998, antes de 02/01/1999, quando a Lei entrou em vigor, e como são anteriores a legislação a cobertura é a que consta no contrato celebrado entre a operadora e o consumidor. Os planos adaptados são aqueles contratos firmados antes de 02/01/1999, mas que foram posteriormente adaptados à Lei 9656/1998, passando a garantir ao consumidor a cobertura estabelecida pela legislação. E os planos novos são aqueles contratados a partir de 02/01/1999,

comercializados desde então com base nas regras estabelecidas pela Lei, proporcionando cobertura assistencial definida pela ANS com relação a todas as doenças reconhecidas pela OMS. (BRASIL, 2010)

Quanto ao tipo de atenção, as operadoras de planos de saúde podem ser divididas em médico-hospitalar (autogestão, cooperativa médica, filantropia, seguradora especializada em saúde) ou exclusivamente odontológica (cooperativa odontológica e odontologia de grupo).

As cooperativas odontológicas seguem as Leis Das Cooperativas 5.764/71 (BRASIL, 1971), sendo as mais conhecidas as Uniodontos, que comercializam planos individuais/familiares ou coletivos. Outra modalidade existente são as odontologias de grupo, que são responsáveis por cobrir 72% dos 18.640 milhões de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. (BRASIL, 2013)

Segundo Malta (2004), nos períodos anteriores à ANS inexistiam informações relativas à saúde suplementar e com a criação da Agência, os modelos assistenciais ganharam um foco importante de atenção por parte do órgão regulador e conseqüentemente se iniciaram pesquisas nessa linha de investigação.

Isso está ligado ao fato de que a ANS, desde 2004, de acordo com o art. 4º da Lei 9.656/2000, tem desenvolvido o projeto de *qualificação da saúde suplementar* (QUALISS), cujo princípio é o de que a operadora deve ser a gestora do cuidado. O projeto foi inicialmente estruturado em dois componentes: na divulgação da qualificação dos prestadores de serviços e monitoramento da qualidade dos prestadores. (BRASIL, 2010)

Significa que as questões relacionadas diretamente à assistência e à produção do cuidado passam a ser objeto da agenda dos gestores das operadoras e, por outro lado, devem ser objeto de conhecimento para a ANS, na medida em que o conhecimento é pressuposto para a sua capacidade em regular o segmento. (BRASIL, 2010)

A organização nesse sentido deu-se após a implantação da agência com a criação dos sistemas de informação: o Sistema de Informações de Produtos (SIP), que possui a finalidade de receber informações cedidas pelas operadoras, permitindo a apreciação da assistência e da situação econômico-financeira e atuarial dos planos privados de saúde; o Padrão de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), que visa padronizar as informações contidas nas guias trocadas entre os prestadores de serviços e as operadoras, atribuindo maior agilidade ao processo; A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), elaborada para a unificação das diversas terminologias existentes no mercado de saúde suplementar e o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o qual é gerenciado pelo Ministério da Saúde e identifica os estabelecimentos que fazem parte da rede prestadora de serviços das operadoras. (BRASIL, 2010)

A ANS tem, dentre as atribuições estabelecidas, a elaboração de uma lista contendo os procedimentos de cobertura obrigatória nos planos de saúde comercializados a partir da vigência da Lei nº 9.656/98, de 03/06/98. Essa lista, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, é a referência de cobertura mínima obrigatória para cada segmentação de planos de saúde contratados pelos consumidores a partir de 02 de janeiro de 1999. Esse Rol deve ser revisto a cada dois anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS. (BRASIL, 2010)

No que se refere à saúde bucal, o plano odontológico passou, a partir de então, a oferecer todos os procedimentos listados no Rol Odontológico, publicado em resolução específica, RN 167 de 1998, incluindo a cobertura do exame clínico, de procedimentos diagnósticos, atendimentos de urgência e emergência odontológicos, exames auxiliares ou complementares, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, tais como, procedimentos de prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia. (BRASIL, 2010)

Em novembro de 2000, por efeito da Medida Provisória nº 1.976-33, o inciso VIII do artigo 10 da Lei nº 9.656/98 foi revogado e os procedimentos odontológicos foram excluídos do plano-referência. Desde então, a oferta de planos com segmentação

odontológica passou a ser novamente opcional às operadoras setoriais. (BRASIL, 2010)

Vieira e Costa (2008) observaram na década de 2000, a partir dessa revogação, um aumento superior a 200% no número de beneficiários atendidos por operadoras de serviços exclusivamente odontológicos.

Há de se levar em consideração que esses planos possuíam características marcantes que contribuíram para o seu crescimento como o rompimento unilateral do contrato, perda do plano em caso de demissão e reajuste baseado no aumento das taxas de sinistros. Somente em 2008, o plano-referência voltou a ser obrigatório às empresas do setor odontológico.

Segundo Vieira e Costa (2008), os cirurgiões-dentistas, viram diminuir o recebimento de honorários via desembolso direto, uma vez que grande parte de seus pacientes passaram a ser beneficiários de odontologia suplementar, o que posicionou os profissionais nesse novo cenário de aceitação de políticas privatistas de atenção odontológica suplementar.

Segundo Nogueira (2002), nos casos dos planos privados de saúde coletivos, a empresa empregadora é quem assina o contrato do plano, portanto ela é o consumidor, diferentemente do que ocorre no caso dos planos individuais (aqueles planos contratados diretamente por pessoa física). O mesmo autor defende que, quem utiliza o plano-empresa geralmente não recorre aos mesmos meios de defesa que nos planos individuais, ao invés de reclamar ao Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), ao Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC), ou a ANS, o trabalhador conversará com os dirigentes de Recursos Humanos (RH) do local de trabalho quando acontecer algum problema com os serviços de saúde da operadora.

Ora, não é interessante ao trabalhador, tampouco ao cidadão que é este trabalhador, ser considerado um usuário do plano de saúde, mas não ter poder de decisão e escolha dessa assistência?

Segundo Pereira (2001) os planos coletivos costumam ser tratados pelos dirigentes de RH das empresas empregadoras como um benefício da parte empregadora aos trabalhadores, onde se argumenta que, como as coberturas são amplas neste tipo de plano de saúde, não se deve haver interferência externa, como regulamentação, por exemplo, e se o plano de saúde pudesse ser entendido como salário indireto, seria uma complementação salarial, o que daria direito ao trabalhador de opinar sobre a forma como recebê-la.

Neste sentido, acredito que é necessário iniciar um debate sobre o poder de participação que os trabalhadores têm sobre as decisões acerca da estrutura, do financiamento, da amplitude da cobertura assistencial oferecida, da rede credenciada e de qual a operadora a ser contratada no plano coletivo do qual participam, em especial nos casos em que haja contribuição financeira destes no financiamento global do plano de saúde.

Segundo Nogueira (2002), devido à menor rigidez nas regras da regulamentação dos contratos de planos coletivos em relação aos dos individuais, percebeu-se um movimento de falsa coletivização dos planos individuais para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais, quanto à proibição do rompimento do controle de reajustes.

Apesar do crescimento observado e do grande dinamismo das empresas na captação de clientes e geração de receitas, as práticas assistenciais ainda repetem mecanicamente o modelo hegemônico de base flexneriana característico da odontologia de mercado, voltada para o atendimento à demanda espontânea, focada na crescente especialização e fragmentação do cuidado, no enfoque curativo e restaurador do processo saúde-doença, sem considerar os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças bucais. (BRASIL, 2009)

O questionamento que nós devemos levar em conta é a possibilidade de manutenção desse sistema, ou seja, se o Estado é capaz de manter a estabilidade econômica, sua autonomia e o financiamento dos sistemas públicos e privados

mediante a globalização que domina a política mundial, ou, se esse que sistema está se esgotando.

Há evidências que o binômio saúde-mercadoria é coordenado por um sistema privatista que tem seu crescimento atrelado ao desenvolvimento econômico do País, ao aumento e manutenção das taxas de emprego.

A mercantilização da saúde, segundo Petras (1997), se traduz no pressuposto do crescimento do consumo, representada pela máquina capitalista, que é determinante na produção do bem mais importante para a lógica do funcionamento da saúde suplementar, a doença. Os pressupostos da atenção básica, na saúde suplementar, ficam em segundo plano, já que é mais lucrativo tratar a doença do que preveni-la, o que torna clara a política governamental de concessão da saúde para a exploração em forma de mercadoria.

Reproduziu-se até 2010, na assistência odontológica privada, devido à interrupção do tratamento por falta de cobertura para eventos essenciais de promoção de saúde, tal qual ocorre na assistência pública de atenção em saúde bucal, a mutilação dental. Eu defendo que essa situação ocorreu, determinantemente, pela falta de plano-referência no que diz respeito às coberturas relacionadas à prótese dental, as quais são determinantes para continuidade do tratamento e restabelecimento da função dental.

A dinâmica predominante de falhas na oferta de atenção primária e secundária pelo sistema privatista de atenção à saúde, tal qual ocorre no sistema público, passou a fazer parte de discussão dos gestores que compõe a agência reguladora, no sentido de gerar políticas que garantam o acesso à população de forma normatizada. Há de se entender que existe um paralelo entre ambos os sistemas e o processo de luta para a expansão e manutenção do SUS é a condição para manutenção da saúde da população de forma mais humanizada, concedendo para o sistema privatista uma exploração de forma mais racional e regulada. (BRASIL, 2010)

Somente na revisão do Rol 2008 da ANS que os procedimentos odontológicos voltaram a conter plano-referência obrigatório firmado pela RN 167 de 1998. O Programa de qualificação da saúde suplementar, no que se refere a extrações dentais, identificou, segundo dados disponíveis nos relatórios fornecidos pelos planos, altas taxas de execução desses procedimentos. Tal fato pode estar relacionado à descontinuidade do tratamento ocasionado pela falta de cobertura de eventos de reabilitação. (BRASIL, 2010)

Nesse contexto, estabelecido Resolução Normativa nº 211/2010, o Rol 2010 entrou em vigor em 07/06/2010 e estabeleceu a inclusão de 54 procedimentos para os planos de saúde médico-hospitalares e 16 procedimentos para os planos odontológicos. A segmentação odontológica recebeu inclusões de procedimentos, como a colocação de núcleos, coroas e blocos, que veem promover a reabilitação de elementos dentários com coroas parcial ou totalmente destruídas, submetidos ou não à terapia endodôntica, e que antes só eram reabilitados por quem pudesse dispor de recursos financeiros para tal ou quando o associado possuía um plano odontológico diferenciado. Visto que os planos odontológicos mais comercializados apresentavam essa carência, a interferência da ANS denotou que os cuidados em saúde devem ser distribuídos de acordo com as necessidades de saúde e não conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos. (BRASIL, 2010)

Segundo dados da ANS, em 2003 havia cerca de 4.300 beneficiários de planos exclusivamente odontológicos e as taxas de crescimento do número de beneficiários aumentou em torno de 20% ao ano até dezembro de 2010, a partir daí a taxa de crescimento passou a ter média de 10% até setembro de 2013, decréscimo que não representou perdas significantes às empresas, mas que pode ser representado pelo oferecimento de planos com cobertura ampliada após o Rol 2010, pela diminuição do crescimento econômico do País e pela saturação do mercado. (BRASIL, 2013)

Já o número de operadoras exclusivamente odontológicas em atividade teve um decréscimo de 26%, se compararmos 2003, em que havia 469 operadoras, a 2013, onde foram identificadas 345 operadoras ativas. No que se refere às taxas de sinistralidade, as empresas odontológicas trabalham com taxas em torno de 44%, as

quais representam a metade das taxas das operadoras médico-hospitalares, tornando o setor cada vez mais atraente para o investimento privado. (BRASIL, 2013)

Dados atualizados do setor de odontologia suplementar estão disponíveis na edição de março de 2013 do Caderno de Informação da Saúde Suplementar, que traça o perfil de crescimento dos planos odontológicos, com mais de 19 milhões de beneficiários de planos odontológicos de contratação coletiva no País e cerca de 360 mil beneficiários no Estado do Espírito Santo. Todavia os dados relativos ao QUALISS só deixam disponíveis para acesso no portal da ANS a avaliação dos prestadores, enquanto que os dados relativos aos procedimentos clínicos realizados e que deveriam ser repassados à ANS pelas operadoras para análise, ainda não foram finalizados para que se possa planejar as estratégias para o Rol 2014.

Então, diante do exposto, entendo que a legislação e regulamentação determinadas pelos poderes conferidos à ANS, pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscritas nos postulados legais do SUS; em bases corporativas ou tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados. A concessão fornecida aos planos odontológicos para a exploração desse segmento deve seguir um caminho de atenção em todos os níveis, de forma a manter um equilíbrio entre a necessidade dos beneficiários, dos prestadores e o interesse capitalista dos gestores da odontologia suplementar.

4 INFLUÊNCIA DO ROL 2010 DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA ANS NA REALIZAÇÃO DA REABILITAÇÃO PROTÉTICA

Segundo Barbato et al. (2007), a perda dos dentes tem alta frequência na população brasileira, trazendo impactos danosos na vida das pessoas e grandes desafios para saúde pública. Essa condição é um reflexo da desigualdade social, das questões culturais de desvalorização da saúde bucal, da acessibilidade e utilização de serviços disponíveis, da modalidade de financiamento do sistema de saúde e da prestação de cuidados odontológicos. A perda total ou parcial dos dentes interfere no processo de mastigação podendo ter graves consequência no estado nutricional representando grande risco à saúde, especialmente em idosos. Além disso, pode repercutir na fonação, na estética, podendo gerar alterações psicológicas graves.

Uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde em 2010 revelou que 40%, ou seja, 68 milhões de brasileiros não escovam os dentes, 45% dos adolescentes já perderam, pelo menos, um dente por falta de higiene, 28% dos adultos tiveram todos os dentes removidos em uma das arcadas e nos idosos a média é de 26 dentes faltando na boca. Culturalmente a perda dos dentes é considerada consequência do processo de envelhecimento e não do processo de doença ocasionado pela privação de acesso às políticas públicas e de coesão social, entre elas: o acesso à água tratada e fluoretada e a baixa oferta de serviços de atenção em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2010)

Fato esse de grande relevância, visto que, ao lado do câncer de boca, a ausência de dentes é um dos mais graves problemas da saúde bucal no Brasil. Hoje 75% dos idosos são desdentados. Entre adultos com idade de 30 a 44 anos esse índice é de 30%. O Ministério da Saúde registra, ainda, um total de 5 mil adolescentes desdentados sem prótese na boca. Estima-se que 8 milhões de pessoa precisam de prótese dentária no país. (BRASIL, 2012)

Desde 2004 a NR Clínica Odontológica, local da coleta de dados da pesquisa de campo, passou a atender beneficiários de planos odontológicos e notadamente o número de pacientes aumentou significativamente na última década. Apesar de o

plano permitir aos beneficiários o tratamento clínico básico para manutenção da saúde bucal, observamos que a descontinuidade do tratamento pós-tratamento de canal, devido à falta de cobertura contratual para eventos de reabilitação definitiva, havia se tornado frequente e em alguns casos a necessidade de extrair esses dentes passou a fazer parte da rotina clínica.

Ciente dessa situação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, elaborou, em sua segmentação odontológica, o Rol 2010, com cobertura obrigatória básica para eventos de reabilitação protética, o que permitiu a continuidade de tratamento dos beneficiários.

Nesse sentido, o trabalho de campo *Influência do Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da ANS na Realização da Reabilitação Protética*, como objeto de pesquisa para minha dissertação foi escolhido em função de minha experiência na realização de atendimento a pacientes que possuem planos odontológicos e na vivência diária das dificuldades experimentadas para a cobertura completa de serviços essenciais pelos planos de saúde.

Percebe-se que estava reproduzindo, nesse sistema de atenção privada, devido à falta de cobertura mínima para eventos de reabilitação, a mutilação dental, tal qual ocorre no sistema de atenção pública devido à carência de centros de especialidades odontológica.

Os procedimentos odontológicos contidos no Rol 2010 da ANS ampliaram o acesso a novos serviços contemplando ações de recuperação de dentes com necessidades de reabilitação e aumentou o foco nas ações preventivas, integrando os cirurgiões-dentistas autônomos, às políticas definidas no programa Brasil Sorridente. Uma avaliação dos efeitos da inclusão desses novos procedimentos pode desmistificar a ideia da cultura de desvalorização da saúde bucal pela população, em especial, da perda dental.

Dessa forma, no que se refere aos planos odontológicos de contratação coletiva, discute-se o seguinte questionamento: O benefício ocasionado pela realização da

reabilitação protética do Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) caracterizou a diminuição da perda dental em pacientes submetidos à terapia endodôntica se comparado ao Rol anterior?

Para responder esta pergunta foi realizada uma pesquisa de campo caracterizada pela realização de estudo do tipo observacional de coorte e retrospectivo, cujas variáveis de interesse foram coletadas nos prontuários dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica localizada no município de Vila Velha – ES, com funcionamento ininterrupto desde o ano de 2003.

A NR Clínica Odontológica é uma empresa privada com prestação de atendimento clínico-odontológico especializado a pacientes adultos e, eventualmente ao paciente pediátrico, nas áreas de cirurgia geral e especializada, endodontia, ortodontia, prótese dental e saúde coletiva, com funcionamento de segunda e sexta-feira em horário comercial. Sua estrutura física é composta por sala de recepção, um consultório para realização de anamnese e orçamentos, três consultórios equipados, sala para diagnósticos radiológicos, sala para esterilização de material, uma cozinha e dois sanitários, sendo todos os ambientes são climatizados.

A clínica cumpre a legislação nacional, estadual e municipal, incluindo as normas de segurança estabelecidas pela Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Município e conta com duas assistentes para serviços gerais, dois colaboradores que se revezam no auxílio aos serviços técnicos, quatro cirurgiões dentistas nas diversas áreas de especialização. A estrutura atual permite a realização de até 600 atendimentos especializados por mês.

A sistematização do atendimento consiste na realização da consulta inicial, em que é realizada a anamnese e o exame clínico, radiográfico. Depois da elaboração e aceitação do orçamento financeiro o paciente é encaminhado ao dentista responsável pelo plano de tratamento traçado.

Muitos pacientes de planos odontológicos que possuíam dentes com destruição coronária (da coroa do dente) total ou parcial, submetidos ou não à terapia

endodôntica (tratamento de canal) e que necessitariam de reabilitação protética não a realizavam. Passado algum tempo, em consultas de revisão, era comum a necessidade de exodontia (remoção) desses dentes. A exodontia, além da imposição de efeitos psicológicos e de exclusão social podem gerar riscos para a saúde dos pacientes, além de grande sentimento de frustração e impotência que é sempre compartilhado com o paciente.

De acordo com Rhonan et al. (2010), para a realização de serviços em Endodontia, especificamente, o profissional tem responsabilidade tanto sobre os procedimentos clínicos executados quanto sobre a orientação do paciente durante e após a conclusão do tratamento. No pós-tratamento endodôntico, esse comprometimento está principalmente relacionado à fratura dentária e à (re)contaminação do canal radicular com conseqüente surgimento/aumento de uma lesão periapical, ambas as situações advindas da não concretização da reabilitação protética depois do tratamento endodôntico.

Ao término do tratamento, o paciente é alertado a respeito dos prazos para a reabilitação final do dente tratado endodonticamente, com o intuito de evitar o comprometimento dos procedimentos ora realizados. Caso o cirurgião-dentista da NR Clínica seja o responsável pela reabilitação, este precisa estipular uma data para efetuar o procedimento em tempo suficiente para que não ocorra contaminação bacteriana dos canais radiculares já tratados.

Se a reabilitação do dente tratado for feita por outro profissional (outra clínica) ou o paciente não puder realizá-la de imediato, quem efetuou o tratamento endodôntico irá encaminhá-lo, por escrito, para que a reabilitação dentária aconteça o quanto antes, pelo mesmo motivo já mencionado. O encaminhamento é feito por escrito, e nesse documento são inseridas informações dirigidas ao paciente que exibem a data limite para o procedimento restaurador ser executado, sob pena de comprometer as práticas já efetuadas e que podem levar o dente à necessidade de ser extraído.

O sujeitos desta pesquisa caracterizaram uma amostra de conveniência que foi composta do total de pacientes que possuíam plano odontológico de contratação

coletiva e que foram submetidos à terapia endodôntica no período de 04/2009 a 06/2009 (Grupo 1, pacientes não beneficiados com o Rol 2010 da ANS) e no período de 04/2011 a 06/2011 (Grupo 2, pacientes beneficiados com o Rol 2010 da ANS). Sendo assim, foram incluídos pacientes de ambos os sexos a partir dos 15 anos submetidos à terapia endodôntica, que possuíam plano odontológico de contratação coletiva, atendidos dentro do período determinado no estudo e que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos os pacientes com impossibilidade de acesso via contato telefônico para complementação de dados referentes à realização, ou não, da reabilitação definitiva.

Para coleta de dados foi utilizado um instrumento próprio elaborado pelo pesquisador responsável (APÊNDICE A) que permitiu efetuar o registro das seguintes variáveis: a) Gênero, b) Data de nascimento, c) Data da consulta, d) Data da conclusão do tratamento endodôntico na clínica, e) Se realizou a reabilitação definitiva (SIM ou NÃO), f) Se realizou a reabilitação em nossa clínica ou em outro local, g) A data da reabilitação, h) Se reabilitou de forma particular ou o plano possuía cobertura, i) Se não reabilitou, quais os motivos (perda do plano, plano não possuía cobertura ou outro), j) Se o dente não reabilitado necessita de retratamento endodôntico, necessitou de retratamento endodôntico, necessita ser extraído ou foi extraído. Para os pacientes que não retornaram às consultas de revisão foi realizado contato telefônico para complementar as informações necessárias no prontuário.

Os dados coletados foram registrados em formulário próprio, em papel, e armazenados no *software* Microsoft® Office Excel 2007. Foi realizada análise descritiva dos dados com cálculo de frequência, média e desvio padrão. As análises foram realizadas no *software* SPSS versão 11.5 e Epi Info versão 3.5.4, sendo utilizada análise de regressão linear univariada que contou com a aplicação do Teste qui-quadrado para tabelas 2x2 ou Teste Exato de Fisher para tabelas 2x2, quando uma ou mais frequências esperadas foram inferiores a cinco. Em todos os testes foi fixado em 5% o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

– EMESCAM, aprovada pelo número CAAE 08528112.3.0000.5065 (ANEXO A). A pesquisa cumpriu plenamente todas as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde. A seguir apresento os resultados dessa pesquisa.

No período do estudo foram atendidos 292 pacientes, que foram submetidos ao tratamento de canal, sendo 16 excluídos devido ao abandono do tratamento e perda do plano, somados à impossibilidade para manutenção de contato telefônico. Observou-se uma perda de 5,5% dos pacientes avaliados no período do estudo e permaneceram 276 pacientes, que foram incluídos nas análises.

Na caracterização da amostra total não houve diferença entre o gênero masculino (50%) e feminino. A média de idade foi de $34,2 \pm 10,1$ anos, variando entre 16 a 63 anos e o tempo médio de tratamento endodôntico foi de $39,2 \pm 32,2$ dias, com variação entre 1 e 140 dias. A faixa etária de maior ocorrência está compreendida entre os 20 e 49 anos, representando 85,8% dos avaliados, conforme indicado na Tabela 1.

Tabela 1 – Estratificação da idade e do gênero dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica (n=276)

Variável	Frequência	Percentual (%)
Idade		
16 a 19 anos	13	4,7
20 a 29 anos	87	31,5
30 a 39 anos	93	33,7
40 a 49 anos	57	20,6
50 a 63 anos	26	9,5
Gênero		
Masculino	138	50,0
Feminino	138	50,0

Fonte: Elaborado pelo autor

A análise descritiva indicou que a média de idade dos pacientes do gênero feminino foi de $34,0 \pm 9,3$ anos e o tempo médio de tratamento de endodôntico foi de $38,2 \pm 33,2$ dias. Para o gênero masculino, a média de idade foi de $34,4 \pm 10,8$ anos e o tempo de tratamento endodôntico foi de $40,3 \pm 31,3$ dias, não sendo observada diferença

estatística entre a idade ($p=0,770$) e o tempo de tratamento ($p=0,573$) em relação ao gênero masculino e feminino.

Segundo Barbato et al. (2007), em estudo de base populacional, o número de pacientes do gênero feminino representou 63% da amostra, constituída por indivíduos de zona urbana e rural, de classe social baixa e de menor escolaridade. Esta diferença pode estar associada ao fato de a mulher procurar maior assistência odontológica, e, em consequência, aumentar a chance de diagnóstico nesse gênero. Os autores também observaram que durante a visita domiciliar a presença da mulher na residência foi mais frequente do que a do homem que, geralmente, estava no trabalho no horário em que foi realizada a pesquisa no domicílio.

Em nosso estudo a oportunidade de ter o plano odontológico foi o mesmo para ambos os gêneros, tendo em vista que a maior participação da mulher no mercado de trabalho e na sociedade aumentam as chances de cobertura por plano odontológico. Esse fato também pode contribuir explicar a inexistência da diferença observada em outros estudos, que geralmente são de base populacional. Além disso, o grupo avaliado em nosso estudo foi constituído por indivíduos de área urbana, e provavelmente com melhor nível de instrução.

Vale lembrar que a média de idade observada no gênero feminino foi de 34,2 anos, faixa de idade com grande percentual de mulheres em fase de produção do trabalho, constituindo um público alvo de interesse das empresas de plano odontológico coletivo. Tal fato contribui para garantir o acesso aos serviços odontológicos privados incluídos no Rol 2010.

Outro estudo populacional avaliou 101 adultos de 35 a 44 anos, 93,1% residentes em zona urbana e 63,4% do gênero feminino. As mulheres apresentaram mais dentes restaurados, menos dentes cariados e perdidos do que os homens. (BATISTA et al. 2010). Considerando o modelo do estudo (base populacional) isso reforça a nossa justificativa de que para uma população com as características idênticas àquelas que avaliamos é provável que homens e mulheres busquem igualmente os mesmos cuidados com a saúde bucal.

A reabilitação do dente foi realizada em 183 (66,3%) pacientes, e em 155 (84,7%) desses o procedimento foi realizado na NR Clínica Odontológica, onde o estudo foi realizado. A principal forma financeira para custear a reabilitação foi por meio de plano de saúde e o principal motivo da não reabilitação do dente, observado em 93 (33,7%) dos pacientes, foi em decorrência da ausência de cobertura pelo plano ou pela perda do plano de saúde, conforme mostrado na Tabela 2.

Nesse sentido, as evidências científicas sugerem que a condição social, os baixos níveis de capital social e de renda se associam às piores condições de saúde bucal e podem explicar as perdas dentárias em algumas populações e têm papel relevante na busca de solução para resolver problemas dentários (BARBATO et al., 2007; CELESTE et al. 2009; BORGES, 2011). Além disso, a desigualdade de renda pode se associar ao baixo nível educacional que, por sua vez, contribui para a desigualdade em saúde e esse mecanismo social contribui para os eventos que culminam com a perda dental. (MOREIRA et al., 2010)

Sanders et al. (2008) conduziram um estudo envolvendo moradores adultos de Adelaide (Austrália) para testar a hipótese de que adultos de baixa renda, residentes em áreas mais ricas, retinham mais dentes naturais do que os pares residentes em áreas mais pobres. Os autores concluíram que os adultos de baixa renda vivendo em áreas abastadas poderia evitar a perda dentária, no entanto, não houve diferença na condição bucal daqueles com renda mais alta residentes em áreas mais pobres. Nesse sentido, estar trabalhando e convivendo em grupo sociais diferenciados, como é o caso dos pacientes avaliados em nosso estudo, pode contribuir para a busca da assistência. No entanto, essa busca se reduz com a perda do plano ou do emprego.

Vale ressaltar que a falta dos dentes pode comprometer a vida diária das pessoas e trazer limitações para a mastigação, fonação, problemas estéticos e de relacionamento, seguido de constrangimento, timidez, baixa autoestima e exclusão social. (SOUZA-SILVA et al., 2009; COSTA et al., 2010). Esse é um indicativo de que Políticas e equipes de saúde bucal e governos devem conscientizar a população sobre a perda dentária e suas consequências na qualidade de vida. Apesar disso, os

serviços de saúde ainda não conseguem atender a demanda acumulada de tratamento odontológico curativo e reabilitador. (FERREIRA et al., 2006)

Tabela 2 – Caracterização das variáveis associadas à reabilitação dental dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica

Variável	Frequência	Percentual (%)	Total
Reabilitação dental			
Sim	183	66,3	276
Não	93	33,7	
Local de reabilitação			
NR clínica odontológica	155	84,7	183
Outra clínica	28	15,3	
Ano de reabilitação			
2009	42	22,9	183
2010	23	12,5	
2011	83	45,3	
2012	35	19,1	
Forma de reabilitação			
Plano de saúde	108	59,0	183
Particular	75	41,0	
Causa da não reabilitação			
Perda do plano	21	22,6	93
Plano sem cobertura	65	69,9	
Outro	7	7,5	

Fonte: Elaborado pelo autor

Ainda em relação ao gênero, na análise univariada, não se observou diferença estatística em ter realizado ou não a reabilitação definitiva do dente submetido ao tratamento de canal ($p=0,899$), o local onde foi realizada a reabilitação ($p=0,704$), a forma de pagamento da reabilitação se particular ou se o plano possuía cobertura ($p=0,609$), os motivos porque não reabilitou, ou seja, pela perda do plano de saúde ou porque o plano não possuía cobertura ($p=0,482$), em relação ao maior ou menor tempo de conclusão do tratamento de canal ($p=0,829$), tratamento realizado antes ou depois do rol de procedimentos odontológicos ($p=0,148$) e em relação ao grupo de dente envolvido se anterior ou posterior ($p=0,422$).

No seguimento do grupo dentário, em 198 (71,7%) pacientes observou-se que o acometimento dentário envolveu o grupo de dente posterior e em 78 (28,3%) casos houve o comprometimento do grupo de dente anterior. Na avaliação entre o grupo do dente (anterior e posterior) e a realização ou não da reabilitação definitiva observou-se que a reabilitação ocorreu em 117 casos envolvendo o grupo de dentes posterior e em 66 casos nos dentes anteriores, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$).

A carie é a principal causa de perdas dentárias (JOVINO-SILVEIRA et al., 2004) e que por motivos de ordem econômica são comuns como causa primária de extração dentária (NARVAI, 2006). E os dentes posteriores geralmente são os mais perdidos, sendo os molares os que apresentaram maior frequência (SILVA et al., 2007; CARNEIRO et al., 2012). O acometimento dos dentes posteriores, como os molares, ocorre devido à presença de cicatrículas e fissuras que são menos acessíveis à limpeza, que associada ao tipo de dieta do brasileiro leva à rápida instalação do processo carioso e a consequente perda do elemento dentário. (ANDRADE; GUIMARÃES, 1997)

Observou-se que antes do novo Rol um total de 39 dos 95 pacientes reabilitou o grupo de dentes posterior, enquanto que após o novo Rol 78 dos 103 reabilitaram, representando respectivamente 41,0% e 75,7% ($p=0,000$). Tal crescimento pode estar relacionado à possibilidade de reabilitação custeada, após o Rol, pelos planos odontológicos.

A perda dos dentes representa prejuízos de ordem estética, psicológica e funcional, levando a problemas de fala, alterações na aparência física com consequente possibilidade de diminuição da autoestima, dificuldade de socialização, sensação de envelhecimento e sentimento de humilhação, trazendo repercussões na qualidade de vida e comprometimento do convívio social (WOLF, 1998; FISKE et al., 1998; PINHEIRO, 2001; JONES et al., 2003; FERREIRA et al., 2006) e a perda dos dentes anteriores torna mais evidente a ausência dentária.

Nesse sentido, foi observado que antes do Rol 2010, via desembolso direto, e, após o Rol 2010, custeada pelo plano, não houve diferença significativa dos pacientes que reabilitaram o dente anterior, sugerindo a preocupação com a estética que abrange a perda desse segmento.

Segundo Wolf (1998), o sorriso tem conotações significativas de bem-estar, alegria, segurança, autossatisfação, satisfação em relação ao outro, boa acolhida e aproximação. Relata ainda, que sem os dentes, a função do sorriso não se completa devidamente, relacionam-se mais frequentemente, à juventude, beleza, produtividade e possibilidade de realização. Para Elias et al. (2001) os dentes são considerados aspectos importantes nas relações empregatícias, sociais, culturais, além de influenciar na autoestima. Nesse sentido, a perda dos dentes anteriores realça ainda mais os aspectos negativos citados.

Para efeito de análise estatística foi possível organizar os pacientes avaliados em dois grupos (antes e depois do novo Rol 2010 de procedimentos). No ano de 2009 (antes do novo Rol) o tratamento endodôntico (tratamento do canal dental) foi concluído em 134 (48,6%) e no ano de 2011 (depois do novo Rol) o mesmo tratamento foi concluído em 142 (51,4%) da amostra. Depois do tratamento endodôntico, no período compreendido entre os anos de 2009 e 2012 foi realizada a reabilitação do dente (inserção da prótese dentária). (TABELA 3)

Tabela 3 – Análise das variáveis de interesse comparando o período antes e depois do Rol de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar dos pacientes atendidos na NR Clínica Odontológica

Variável	Rol de procedimento		Total	P
	Antes	Depois		
Reabilitação definitiva?				0,000
Sim	72	111	183	
Não	62	31	93	
Total	132	142	276	
Se reabilitou - onde?				0,397
NR clínica odontológica	63	92	155	
Outra clínica	9	19	28	
Total	72	111	183	
Forma de reabilitação				0,000
Particular	63	12	75	
Plano possuía cobertura	9	99	108	
Total	72	111	183	
Se não reabilitou, qual o motivo?				0,000
Perda do plano	1	20	21	
Plano não possuía cobertura	60	5	65	
Outro	1	6	7	
Total	62	31	93	
O dente não reabilitado:				0,039
Necessita de retratamento	6	6	12	
Necessitou de retratamento	20	5	25	
Necessita ser extraído	8	10	18	
Foi extraído	28	10	38	
Total	62	31	93	
Segmento dentário				0,762
Posterior	95	103	198	
Anterior	39	39	78	
Total	134	142	276	
Ano da reabilitação				0,000
2009	42	0	42	
2010	23	0	23	
2011	2	81	83	
2012	5	30	35	
Total	72	111	183	

Fonte: Elaborada pelo autor

A conclusão da reabilitação definitiva ocorreu em 72 pacientes no ano de 2009 e em 111 no ano de 2011, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,000$). Na avaliação das variáveis de interesse em relação aos procedimentos realizados antes e depois do novo Rol de procedimentos odontológicos da ANS observou-se que houve associação estatisticamente significativa com a ocorrência (sim ou não)

de reabilitação definitiva ($p=0,000$), com a forma de pagamento da reabilitação ($p=0,000$), com os motivos porque não reabilitou ($p=0,000$), com o destino final do dente não reabilitado ($p=0,039$) e com o ano em que o dente foi reabilitado ($p=0,000$), conforme sumarizado na Tabela 3. O que confirma a hipótese que o benefício proporcionado pela reabilitação protética do Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) caracterizou a diminuição da perda dental em pacientes submetidos à terapia endodôntica se comparado ao Rol anterior.

Antes do Rol, dos 72 pacientes que reabilitaram 63 (87,5%) o fizeram de forma particular ($p=0,000$). Outros 9 pacientes, representando 12,5%, reabilitaram antes do novo Rol, o que demonstra que dentro dos planos de contratação coletiva, uma pequena parte dos trabalhadores tinha acesso à reabilitação protética. Entretanto, como o cargo que esses beneficiários ocupavam em suas empresas não fez parte do questionário, não foi possível relacionar o cargo que ocupavam na empresa *versus* cobertura oferecida pelo plano. (TABELA 3)

Segundo Nogueira (2002), nos casos dos planos privados de saúde coletivos, a empresa empregadora é quem assina o contrato do plano, portanto ela é o consumidor, diferentemente do que ocorre no caso dos planos individuais (aqueles planos contratados diretamente por pessoa física). Esse fato pode explicar a existência de planos com cobertura para prótese antes do Rol que beneficiaram a um grupo privilegiado de trabalhadores.

Um percentual de 46,2 % (62/134) dos pacientes submetidos ao tratamento de canal antes do Rol não reabilitaram enquanto que após o Rol 21,8% (31/142) não a fizeram ($p=0,00$), o que representou uma redução de 51,6% do percentual de pacientes que não reabilitaram após o Rol (tabela 3). Após o novo Rol, dos 276 submetidos ao estudo, 111 reabilitaram e desses 12 (10%) reabilitaram de forma particular, principalmente devido à perda do plano e 99 (90%) reabilitaram através do plano odontológico ($p=0,000$).

Esses fatos podem indicar que a alta prevalência de edentulismo identificada na população brasileira (BARBATO *et al.*, 2007) não ocorre somente por questões culturais (CARNEIRO *et al.*, 2012), mas também por problemas sociais, falta de acesso e de recursos financeiros para custear o tratamento (NARVAI, 2006). Essa situação poderia ser minimizada se os programas odontológicos públicos ocupassem efetivamente, não somente a parte preventiva da atenção à saúde bucal, mas também, todo o processo do tratamento, desde o tratamento endodôntico até o final da reabilitação, para que o tratamento da população não fosse condicionado à cobertura por plano de saúde.

De acordo com Padilha (2011), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) são uma das frentes de atuação do atual Programa de Saúde Bucal, o *Brasil Sorridente*. Eles representam a principal estratégia do governo no intuito de preencher a deficiência de atendimento na atenção secundária pelo SUS, que desenvolve programas de excelência na atenção primária e terciária, enquanto, que a atenção secundária, caminha lentamente, para a aplicação plena. Nesse sentido, 25% da população brasileira tem cobertura de plano odontológico (VIEIRA; COSTA, 2008), enquanto os outros 75% que representam mais de 170 milhões dependem do serviço público ou de recursos financeiros próprios.

Os CEOs devem estar preparados para oferecer à população os serviços de diagnóstico bucal, que incluem o diagnóstico e detecção do câncer de boca, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, prótese dentária e atendimento aos portadores de necessidades especiais. Observou-se que as extrações dentárias que representavam, em 2003, 11% do total de procedimentos realizados pelo SUS passaram em 2009 para 5.2%, representando uma média de 400 mil dentes salvos por ano. (BRASIL, 2010)

Os planos odontológicos mais comercializados não apresentavam a obrigatoriedade de promover a reabilitação de dentes destruídos, mas a interferência da ANS com a regulamentação do Rol 2010 denotou que os cuidados em saúde deveriam ser distribuídos de acordo com as necessidades de saúde e não conforme a capacidade de pagamento dos indivíduos. (BRASIL, 2010). Assim, a nova possibilidade de

reabilitação protética oferecida na odontologia suplementar pelo novo Rol e pelo sistema público pelos CEOS, representa para uma parcela importante da população, as únicas opções de prevenção da perda dos dentes.

Dos 134 pacientes submetidos ao tratamento de canal antes do Rol, 36(26%) deles tiveram como desfecho a perda dental e esta perda foi motivada principalmente pelo fato de o plano não possuir cobertura. Após o Rol, dos 142 pacientes submetidos ao tratamento de canal, 20 (14%) tiveram com desfecho a perda do dente, que foi associada predominantemente à perda do plano. Houve, após o novo Rol, uma redução ($p=0,039$) de perda dental de aproximadamente de 54%, demonstrando que a política de inclusão dos eventos de reabilitação foi determinante para a manutenção da saúde bucal dos pacientes de planos odontológicos.

Em relação aos dentes que necessitam de retratamento de canal, observou-se um aumento no percentual de 9,6% (6/62) antes do Rol para 19,35% (6/31) após o Rol. Esse aumento, de mais de 100%, pode ser explicado pela possibilidade que o paciente teve de reabilitar o dente em um momento que o plano passou a custear a reabilitação, o que pode desmistificar, mais uma vez, a questão cultural de desvalorização da saúde bucal que envolve a perda dental. (TABELA 3)

Dos 31 pacientes que não reabilitaram após o Rol 2010, 64,5% (20) dos beneficiários, não o fizeram principalmente devido à perda do plano ($p=0,000$). O abandono de tratamento representou 19,3% (6/31) e o plano sem cobertura para reabilitação após o Rol representou 16,1% (5/31), demonstrando que mesmo após o Rol, alguns contratos, de forma irregular/ilegal, ainda não contemplavam a cobertura básica de reabilitação de forma integral. (TABELA 3)

Esses atos irregulares, que contrariam a legislação em vigor, podem ser denunciados pelos consumidores através do disque ANS ou pessoalmente nos 12 núcleos regionais da Agência, espalhados por alguns estados do Brasil, onde o consumidor tem o direito de se identificar ou não no ato da denúncia. (BRASIL, 2012)

Segundo Nogueira (2002), devido à menor rigidez nas regras da regulamentação dos contratos de planos coletivos em relação aos dos individuais, percebeu-se um movimento de falsa coletivização dos planos individuais para fugir às regras mais rígidas dos contratos individuais. Isso pode explicar o fato de que mesmo após o Rol, alguns planos coletivos ainda não cobriam a reabilitação determinada pela ANS.

Deve-se levar em consideração que de acordo com Vieira e Costa (2008) os planos coletivos possuem características marcantes que contribuem para o seu crescimento como o rompimento unilateral do contrato, perda do plano no caso de demissão e reajuste baseado no aumento das taxas de sinistros.

Há de se considerar que o binômio saúde-mercadoria, se enquadra nos planos odontológicos coordenados por um sistema privatista que tem seu crescimento atrelado ao desenvolvimento econômico do País e ao aumento e manutenção das taxas de emprego.

Questiona-se a possibilidade de manutenção desse sistema, ou seja, se o Estado é capaz de manter a estabilidade econômica, sua autonomia e o financiamento dos sistemas públicos e privados mediante a globalização que domina a política mundial, ou, se esse sistema está se esgotando.

É importante destacar que este é o primeiro estudo delineado para avaliar a evolução do comprometimento dental, antes e depois do novo Rol de procedimentos odontológico determinado pela ANS, sendo esse um fator que limita a discussão dos resultados.

Uma possível fonte de comparação seria a consulta à base de dados dos registros dos atendimentos efetuados nos beneficiários dos planos, no Portal da ANS, conforme determinado pela ANS através da RN-242/2010. No entanto, nenhum dado foi disponibilizado no referido Portal. (BRASIL, 2010)

A limitação da discussão deste estudo é reforçada pela escassez de estudos sobre a perda de dentes no Brasil. Uma pesquisa realizada nas bases de MEDLINE e

LILACS, o descritor de assunto *perda de dente*, associado ao aspecto *epidemiologia*, com os limites *humanos adultos*, no período de 1997 a 2014, nos idiomas *português, espanhol e inglês*, encontrou apenas uma publicação, que analisou dados referentes ao programa *SB Brasil 2003* e nenhum estudo avaliando a relação entre a utilização de plano odontológico e evolução de tratamento dental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na análise dos determinantes históricos do Brasil, em especial aqueles ligados às políticas públicas para a saúde bucal, foi possível observar que os diversos modelos de atenção à saúde bucal, entre eles a odontologia científica, a odontologia simplificada e a odontologia integral, desde o seu surgimento, receberam forte influência do sistema capitalista.

A evolução histórica desses modelos sanitários, representada pela odontologia coletiva é o resultado de um processo de luta da sociedade organizada para a implantação de políticas socializantes, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. O Movimento pela Reforma Sanitária aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS.

Os maiores avanços do SUS residem numa obra de engenharia política que possibilite uma gestão descentralizada, para difundir conhecimentos que amplie a consciência da população a respeito do direito à saúde e estimular um processo permanente de manutenção das iniciativas e o estímulo a novas lutas no processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Apesar das fragilidades apresentadas pelo sistema de saúde, o SUS apresenta atualmente programas de excelência na atenção primária. No entanto, percebe-se que possivelmente devido aos baixos investimentos, a atenção secundária foi deixada em segundo plano. Essa política, delineada nos moldes neoliberais, permite que o modelo hegemônico médico-assistencial-privatista se desenvolva.

Esse fato contribuiu para a ocorrência de uma organização deficiente e desarticulada entre a atenção básica e os serviços de média e alta complexidade odontológica. Além disso, pode existir interferência partidária na gestão dos serviços de saúde, tornando a população um alvo de clientelismo político-partidário e interferir no princípio mais negligenciado que é a integralidade da assistência.

A desarticulação política é antiga e implica em falhas no atendimento, sendo esta fragilidade da assistência à saúde bucal no Brasil demonstrado em levantamento epidemiológico realizado em 1986, que indicou uma prática odontológica caracterizada pela extração dentária em massa. A repetição do mesmo tipo de estudo na população adulta e idosa, em 2010, mostrou a manutenção dessa prática mutiladora, o que confirma a inadequação das políticas para atenção à população adulta.

A perda dental entre os adultos pode ser vista como o resultado do baixo investimento em saúde bucal. Isto pode ser modificado com a melhoria dos índices sociais e maior ênfase à atenção primária, além disso, faz-se necessário uma política mais ampla de inserção do cirurgião-dentista nos serviços públicos.

O efeito favorável da fluoretação da água, principal estratégia da atenção primária em saúde bucal, foi associado, em estudos populacionais de amplitude nacional à redução da prevalência de cárie dentária. No entanto, o controle definitivo da cárie depende de políticas sociais integradas que melhore os níveis de renda e educação que atenda a toda a população.

Mesmo sendo a atenção primária a peça fundamental da atual Política de Saúde Bucal do SUS, a falta de efetividade das políticas de saúde, ao longo das últimas décadas, contribuiu para o crescimento de uma geração mais exigente por serviços de maior complexidade, culminando com uma sobrecarga nos demais níveis de atenção.

Esse processo de precarização do SUS contribuiu de forma expressiva para o desenvolvimento do sistema de saúde suplementar e posicionou o Estado ao status de agente regulador dessa concessão de exploração à saúde. Cabe à sociedade civil organizada lutar para que esse processo seja conduzido no intuito de atender às necessidades de acesso integral à saúde.

Nesse sentido, os investimentos propostos e efetivados pelo programa Brasil Sorridente tem visado, entre outros objetivos, viabilizar a oferta da atenção

secundária através, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), na esperança de que no futuro, a redução dos principais agravos bucais seja solucionada com acesso integral à atenção primária e na melhoria nos indicadores sociais, e não necessariamente na assistência odontológica essencialmente curativa.

Há também política direcionada para a humanização no atendimento, incentivando a formação de Equipes de Saúde da Família no processo de produção de saúde e aumentando o grau de corresponsabilidade de todos os atores desse processo, para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção e gestão centrado no cidadão.

É preciso considerar que os resultados das políticas na atenção básica em saúde bucal levam muitos anos para que se possam perceber mudanças significativas no perfil epidemiológico, em especial a perda dental em adultos e idosos. Assim faz-se necessário oferecer atenção secundária a essa população, de imediato, até que os índices que já se mostram satisfatórios nas crianças sejam contínuos em todo seu desenvolvimento, até a senectude.

É nesse cenário de deficiência na integralidade da atenção secundária não cumprida pelo SUS, que atuam as operadoras de planos odontológicos, oferecendo principalmente serviços especializados a quem pode pagar por essa atenção. O mercado consumidor dessa assistência é representado pela massa trabalhadora, onde o plano coletivo passa a integrar um ciclo vicioso, onde o produto é comercializado com sucesso pelas operadoras, o cirurgião-dentista passa a ser mão de obra explorada e a doença uma mercadoria. Quebrar esse ciclo é a grande luta da sociedade, seja no âmbito público ou privado e deve seguir com firmeza no ideal da produção da saúde para todos.

A ANS, responsável pela regulamentação desse mercado, deve realizar o equilíbrio das ações, de forma que suas políticas sejam favoráveis aos usuários explorados pela assistência suplementar e que a atenção prestada contemple as necessidades em saúde e não a capacidade de pagamento.

Com a implantação do Rol 2010, as ações de promoção e recuperação da saúde bucal estão atualmente contempladas também nos planos odontológicos e a adoção de diretrizes clínicas e modelos de incentivos aos cuidados bucais deve ser intensificada.

Vislumbra-se um cenário onde os diversos atores sociais (governo, operadoras de planos de saúde, prestadores e consumidores de serviços) devem estabelecer um novo pacto, que viabilize a oferta de serviços odontológicos de qualidade minimizando os efeitos negativos da perda dentária. Uma medida de grande impacto seria uma política que contemple recursos adequados para o cumprimento de todos os direitos estabelecidos pelo SUS.

Como resultado da pesquisa de campo que teve como objetivo traçar o perfil dos pacientes de planos odontológicos de contratação coletiva atendidos antes e após o Rol 2010 da ANS verificou-se que não houve diferença entre o gênero masculino (50%) e feminino e a faixa etária de 85% dos pacientes esta compreendida entre os 20 e 49 anos.

Antes do Rol 2010, dos 134 pacientes atendidos 46,6% não reabilitaram e 26% deles tiveram como desfecho a perda dental, motivada principalmente pelo fato de o plano não possuir cobertura (96,7%) e o paciente não dispunha de recursos para fazê-la. Estudos epidemiológicos mostram que a perda dental é prevalente na população adulta, resultante da ineficiência das políticas públicas de atenção à saúde bucal.

Nesse sentido, a viabilidade da inclusão das próteses odontológicas no Rol 2010 da ANS não deve ficar restrita a questões financeiras. Existem outras considerações a serem pontuadas: é o caso da demanda epidemiológica por próteses na população brasileira; da viabilidade justificada pelos princípios da integralidade; da importância da reabilitação dos dentes perdidos e da satisfação dos beneficiários, que podem alcançar a resolutividade para seus problemas de saúde bucal quando há cobertura contratual.

O dente posterior representou 41% dos dentes reabilitados antes do Rol 2010 e 75% após o Rol 2010, demonstrando que a realização da reabilitação custeada pelo plano foi significativa. O estudo mostra que 77 % do total da amostra reabilitaram após o Rol 2010, beneficiando-se da política implantada pelo ANS.

Após o Rol 2010, dos 142 pacientes atendidos, 21,8% não reabilitaram e desses 14% tiveram como desfecho a perda do dente. Se comparado ao Rol anterior, a perda dental diminuiu em 54%. Essa perda foi motivada principalmente pela perda do plano em 64,5% dos pacientes. Sendo assim, verificou-se uma significativa prevalência, após o Rol 2010, entre a realização da reabilitação e a diminuição da perda dental, confirmando a hipótese de que o benefício da reabilitação protética do Rol 2010 de Procedimentos Odontológicos da ANS caracterizou a diminuição da perda dental em pacientes submetidos à terapia endodôntica quando comparado ao Rol anterior.

Espera-se, no futuro, que ocorra na assistência pública, o que ocorre hoje na assistência suplementar com os benefícios do Rol 2010, caracterizada pela diminuição da perda dental na população adulta e idosa que utiliza os serviços de atenção pública de saúde bucal.

Diante do exposto, a relevância deste estudo está em fornecer dados que possam auxiliar na elaboração de novas políticas públicas com vistas à ampliação dos eventos odontológicos nas revisões do Rol de eventos da ANS, além de desmistificar a questão cultural associada ao cuidado com a saúde bucal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M. As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 639-42, 1995.
- ANDRADE, M. A.; GUIMARÃES, M. T. Prevalência da perda de primeiros molares permanentes em crianças de 6 a 12 anos do município de Maceió-AL. **Rev Paraense Odontol**, v. 2, n. 2, p. 20-4, 1997.
- ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica [online]**, v. 8, n. 1-2, p. 85-91, 2000.
- ARAGÃO, A.S. As parcerias público-privadas - PPP no direito positivo brasileiro. Revista BLC - Boletim de Licitações e Contratos, ano XIX, n. 4, abr. 2006.
- BAHIA, L. Planos Privados de Saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-39, 2001.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev bras epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.
- BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-14, ago. 2007.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 709-17, 2002.
- BATISTA, M. J.; SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R. Saúde bucal em uma população de adultos no município de Paulínia, São Paulo. **Rev Odontol UNESP**, v. 38, n. 4, p. 185-91, jul./ago. 2010.
- BORGES, C. M. **A potencial influência do capital social na saúde bucal: um estudo de perdas dentárias em adultos**. 2011. 149 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.
- BRASIL. **Lei n. 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Uniodonto 22. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5764.htm>. Acesso em: 14 jun. 2012.
- _____. **Lei n. 9.656, de 24 de agosto de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455> Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. 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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jan. 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=8>. Acesso em: 26 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília, DF: MS; 2004.

_____. _____. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria n. 600/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 mar. 2006c.

BRASIL. Portaria n. 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEO) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 mar. 2006b.

_____. _____. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. 2008). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisb/doc/politica_nacional.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2013.

_____. _____. **Planos odontológicos**: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2009.

_____. _____. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Planos odontológicos**: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G. W. S. Sobre a peleja dos sujeitos da reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde Sociedade**, v.1, n. 2, p. 79-95, 1992.

CARNEIRO, V. F. A. et al. Ocorrência de perda dentária entre os usuários da estratégia de saúde da família do município de Campina Grande – PB. **R Bras Cien Saúde**, v. 16, n. 2, p. 137-42, 2012.

CELESTE, R. K et al. The individual and contextual pathways between oral health and income inequality in Brazilian adolescents and adults. **Social Science & Medicine**, v. 69, p. 1468-75, 2009.

COSTA, A. M. et al. Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2207-13, 2010.

COVRE, E.; ALVES, L. S. **Regulação & saúde**: planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2002.

DARENGOWSKI, M. G. Nota introdutória sobre estrutura de mercado, concentração e mercados relevantes. **Regulação e Saúde**: Documentos Técnicos de Apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003, Rio de Janeiro, v. 3, p. 65-91, 2004.

ELIAS, M. S. et al. A Importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes extratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Rev Lat-Am Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 88-95, 2001.

EMMERICH, A. Que livro é esse? In:_____. **Flúor e saúde coletiva**. Vitória: Edufes, 2003. p. 16-23.

FAVARET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente – reflexão sobre a tendência do sistema de saúde. **Revista planejamento e políticas públicas**, v. 3, p. 139-52, 1990.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 1, p. 211-8, 2006.

FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p. 259-67, 2009.

FISKE, J. et al. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. **Br Dent J**, v. 184, n. 2, p. 90-3, 1998.

GIOVANELLA, L. et al. Equidade em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 49-50, p.13-22, dez./mar. 1995/1996.

GOUVEIA, M.T.C. S. **O modelo de agência reguladora e a ANS**: construção do regime regulatório na saúde suplementar. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

JONES, J. A. et al. Tooth loss and dentures: patient's perspectives. **Int Dent J**, v. 53, n. 5, p. 327-34, 2003.

JOVINO-SILVEIRA, R. C. et al. Razões das perdas dentárias nas cidades de Maceió e Recife, Brasil. **Arq Odontol**, v. 40, n. 3, p. 229-36, 2004.

LAURELL, A. C. Impacto das políticas sociais e econômicas nos perfis epidemiológicos. In: BARATA, R. B. et al. (Org.). **Equidade e saúde**: contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abrasco, p. 83-101, 1997.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis Rev Saúde Coletiva**, v. 1, p. 77-96, 1991.

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

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 159-68, 2006.

MÉDICI, A. C. Financiamento e contenção de custos nas políticas de saúde: tendências atuais e perspectivas futuras. **Planej Polít Públicas**, v. 4, p. 83-98, 1990.

MENDES, E.V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-52, 1986.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. São Paulo: HUCITEC, 1993.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência a saúde no Brasil**: atores, processos e trajetórias. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MONTI, J. F. C. Sistema único de saúde: uma reforma no meio do caminho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 6, n. 4, p. 38-44, 1992.

MOREIRA, R. D. A. S. et al. Tooth loss in Brazilian middle-aged adults: multilevel effects. **Acta Odontol Scand**, v. 68, p. 269-77, 2010.

NARVAI, P.C. Caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista Saúde Pública - Saúde Bucal Coletiva**, v. 40, p. 141-7. 2006.

NARVAI, P.C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva - Saúde Bucal**, v. 5, p. 21-34, 2011.

NICKEL, D. A. et al. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-6, fev. 2008.

NICOLAU, M. F. A. A Dialética do começo na ciência da lógica de Hegel. **Argumentos**, n. 4, p. 69-74, 2010.

NOGUEIRA, R. P. As Agências Reguladoras da Saúde e os Direitos Sociais. In: **Políticas sociais**: acompanhamento e análise n.º 05 de agosto de 2002. Brasília, DF: IPEA, 2002.

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. Direito à saúde: um convite à reflexão. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-60, 2004.

PADILHA, A. O Brasil sorridente continuará como uma de nossas prioridades. Entrevista. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, v.99, p. 6-7, 2011.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. M. Teoria y práctica de las reformas de los sistemas de salud: los casos de Brasil y Mexico. **Cad Saúde Pública**, Local, v. 4, n. xx, p. 971-89, 2002.

PEREIRA, C.; COSTA, L.; GIOVANELLA, L. O jogo da regulação da saúde suplementar no Brasil: interesses e processo decisório na arena legislativa. **Novos Estudos**, v. 60, p. 151-63, 2001.

PETRAS, J. Os fundamentos do neoliberalismo. In: RAMPINELLI, V. J.; OURIQUES, N. D. (Org.). **No fio da navalha**: critica das reformas neoliberais de FHC. São Paulo: Xamã, 1997. p. 15-38.

PINHEIRO, C. Soluções para quem perdeu todos os dentes. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 55, n. 2, p. 73-81, 2001.

PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz Oral Res**, v. 23, suppl. 1, p. 9-16, 2009.

RHONAN, F. S. et al. Importância das informações prestadas ao paciente antes, durante e depois do tratamento endodôntico: abordagem à luz do Código de Defesa do Consumidor. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, p. 481-7, 2010.

SALGADO, L. H. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. In: **Textos para Discussão n.º 941 de março de 2003**. Rio de Janeiro: IPEA, 2003.

SALVADOR, E. Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Tese de doutorado em Política Social. Universidade de Brasília, 2008.

SALVADOR, E. Fundo Público e Seguridade Social no Brasil. São Paulo: Cortez, p.215, 2010.

SANDERS, A. E.; TURRELL, G.; SLADE, G. D. Affluent neighborhoods reduce excess risk for tooth loss among the poor. **J Dent Res**, v. 87, p.969-73, 2008.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. 2003. 42 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2003.

SANTOS, L. **SUS**: contornos jurídicos da integralidade da atenção à saúde, 2006. Disponível em: < www.idisa.org.br>. Acesso em: 18 ago. 2012.

SANTOS NETO, E. T. et al. Perfil dos cirurgiões-dentistas e a formação de técnicos em saúde bucal na Grande Vitória. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 72-81, 2012.

SCHRAMM, F. R. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. **Iatrós – Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura**, v. 1, p. 121-30, 2005.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2010, vol.15, n.3, p. 841-50, 2010.

SOUZA-SILVA, M. E.; MAGALHÃES, C. S.; FERREIRA, E. F. Complete removable prostheses: from expectation to (dis) satisfaction. **Gerodontology**, v. 26, p. 143-9, 2009.

UNFER B. et al. Autopercepção da perda de dentes em idosos. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 10, n. 19, p. 217-26, 2006.

VARGAS, A .M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 4, p. 1015-24, 2005.

VIEIRA, C.; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 7, p. 1579-88, 2008.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 52, n. 4, p. 307-16, 1998.

ZANETTI, C. H. G; LIMA, M. A. U. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Saúde Debate**, v. 13, p. 18-35, 1996.

ZYMLER, Benjamin; ALMEIDA, Guilherme Henrique de La Rocque. O controle externo das concessões de serviços públicos e das parcerias público-privadas. Belo Horizonte: Fórum, p. 225, 2005.

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP/EMESCAM)

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



O estudo segue todas as determinações contidas na Resolução 196/96 e somente será iniciado depois da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM.

O instrumento de coleta de dados será preenchido de modo codificado para não permitir a identificação do sujeito da pesquisa e será mantido sob a guarda do pesquisador por 5 anos, sendo descartado de forma segura depois desse período.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FORAM APRESENTADOS DE ACORDO COM AS EXIGÊNCIAS DA RESOLUÇÃO 196/96.

Observação: caso necessite realizar contato com o paciente é necessário a assinatura do TCLE.

Recomendações:

NÃO EXISTE IMPLICAÇÕES ÉTICAS NO PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NÃO EXISTEM PENDÊNCIAS

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

VITÓRIA, 28 de Novembro de 2012

Assinador por:
Paulo Augusto Sessa
(Coordenador)

APÊNDICE A – Ficha para coleta de dados

UM ESTUDO DO NOVO ROL DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Nome do paciente: _____ Sexo: ()M () F

Data de nascimento: ____/____/____ Data da consulta: ____/____/____

Data da conclusão do tratamento endodôntico na clínica: ____/____/____

Realizou a reabilitação definitiva:

Sim ()

Não ()

Se SIM:

Reabilitou em nossa clínica ()

Reabilitou em outra clínica ()

Reabilitou de forma:

() Particular

() Plano possuía cobertura

Data da reabilitação: ____/____/____

Se NÃO reabilitou, quais os motivos:

() Perda do plano

() Plano não possuía cobertura

() Outro (qual?) _____

O dente NÃO reabilitado:

() Necessita de retratamento endodôntico

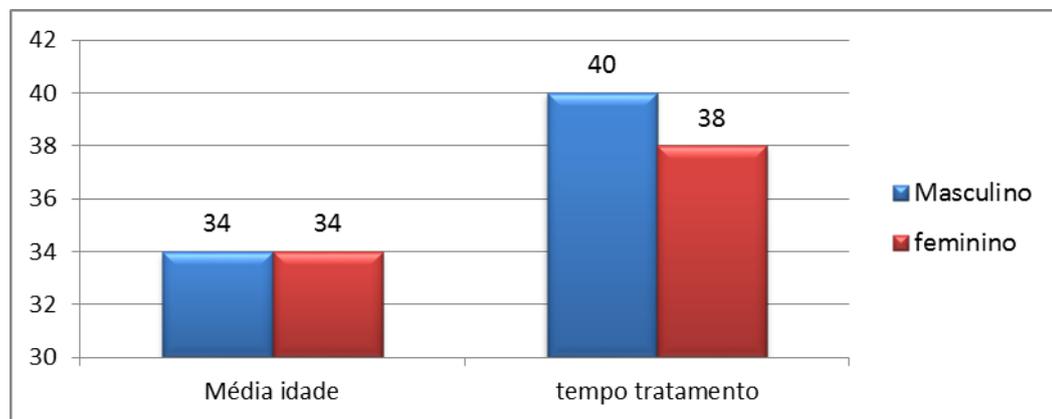
() Necessitou de retratamento endodôntico

() Necessita ser extraído

() Foi extraído

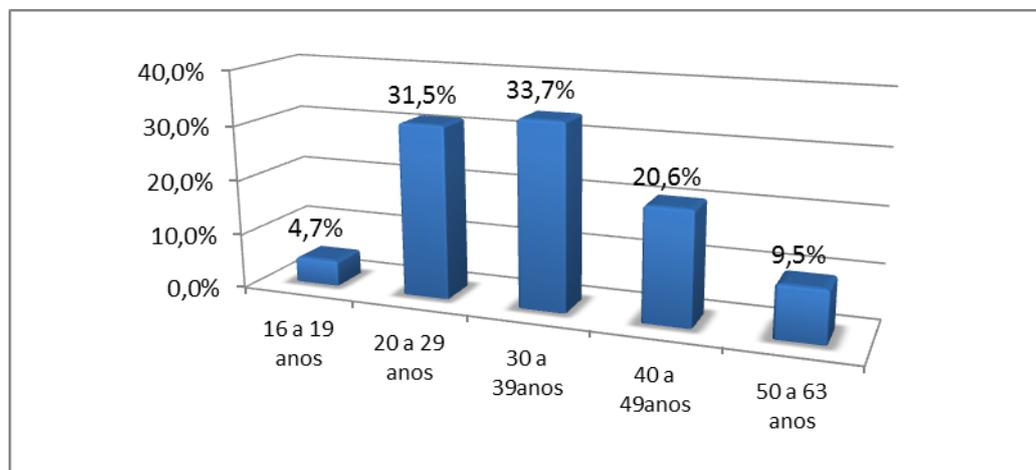
APÊNDICE B – Figuras referentes aos resultados da pesquisa

Figura 1 – Média de idade/tempo tratamento endodôntico de acordo com o gênero



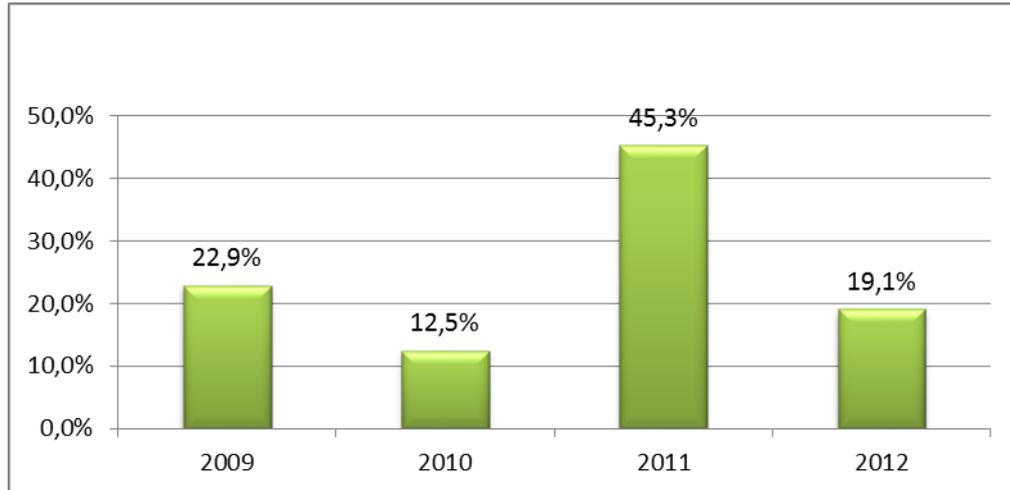
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 2 – Estratificação da idade dos 276 pacientes submetidos a tratamento endodôntico



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 3 – Ano de reabilitação protética (n=183)



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 4 – Caracterização das variáveis associadas à reabilitação dental

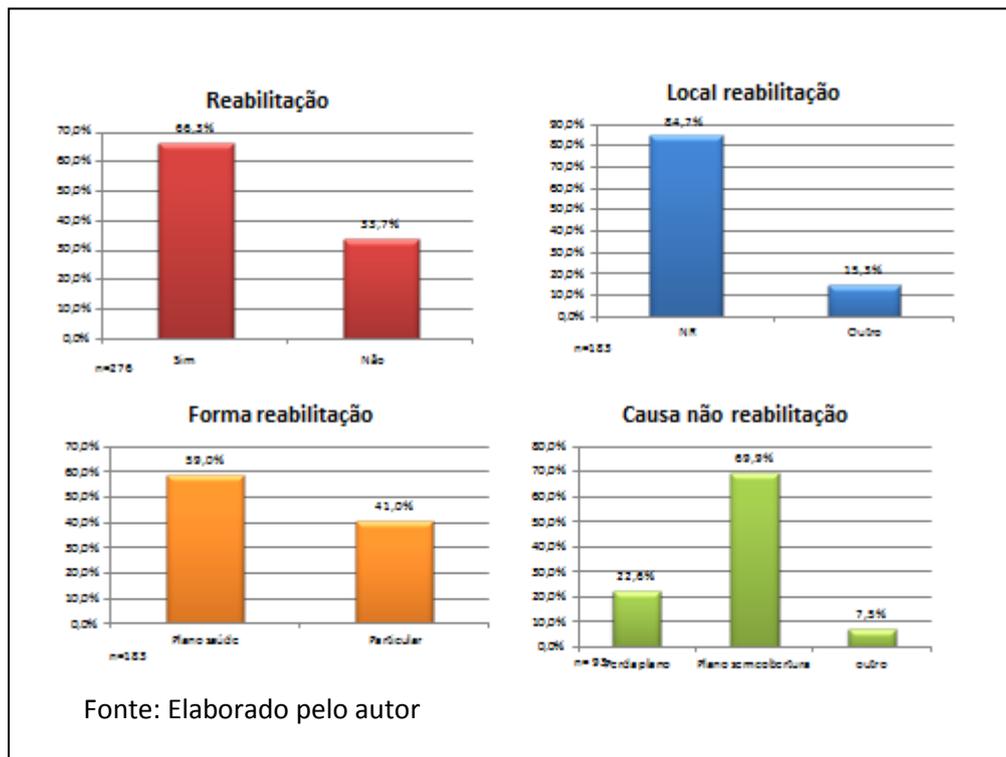
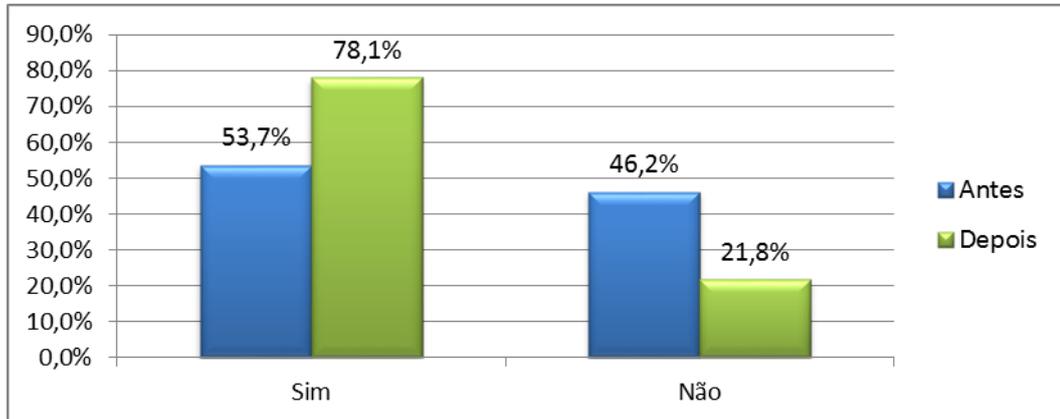
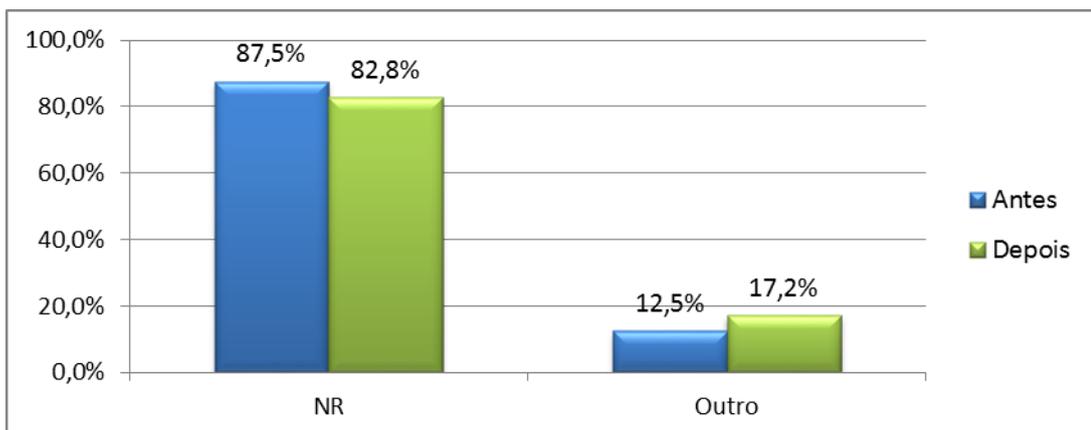


Figura 5 – Reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 de Procedimentos (n=276)



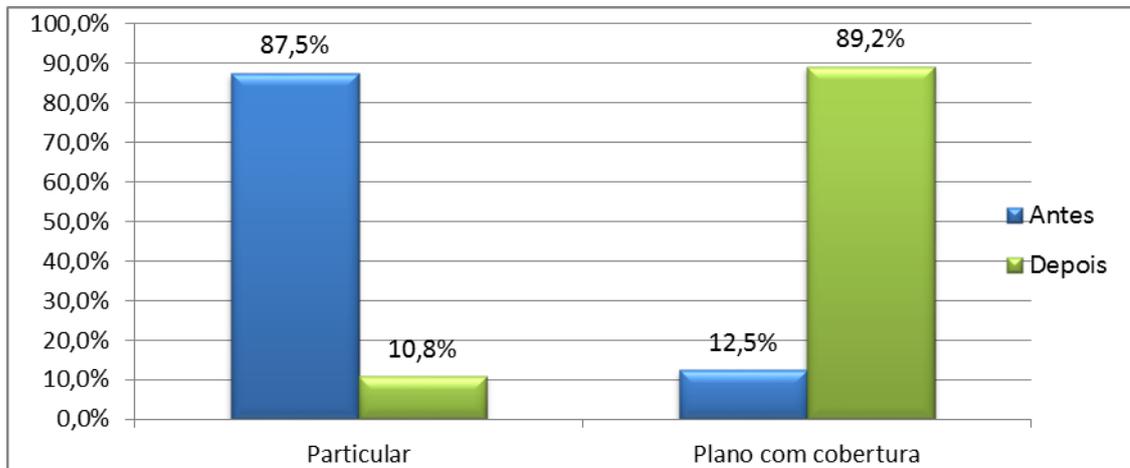
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 6 – Local de reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=183)



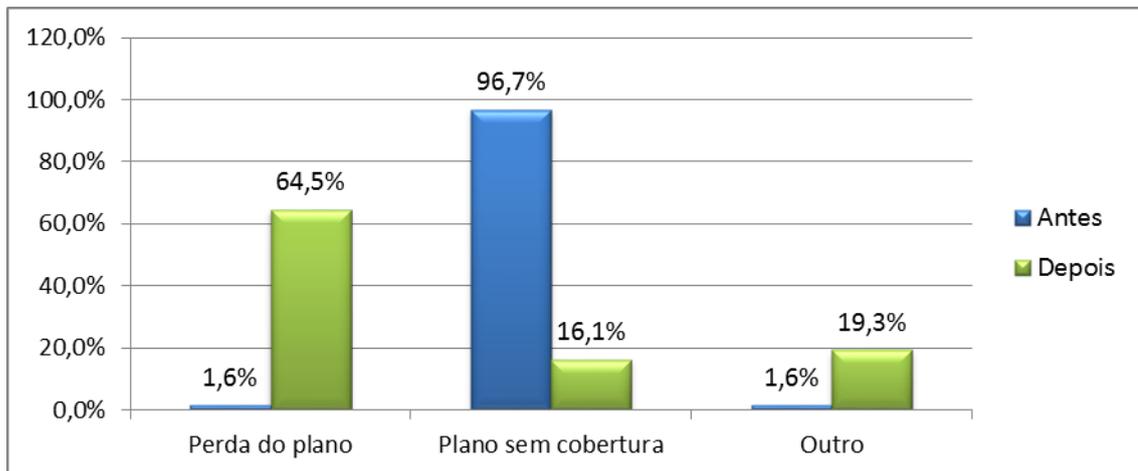
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 7 – Forma de reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=183)



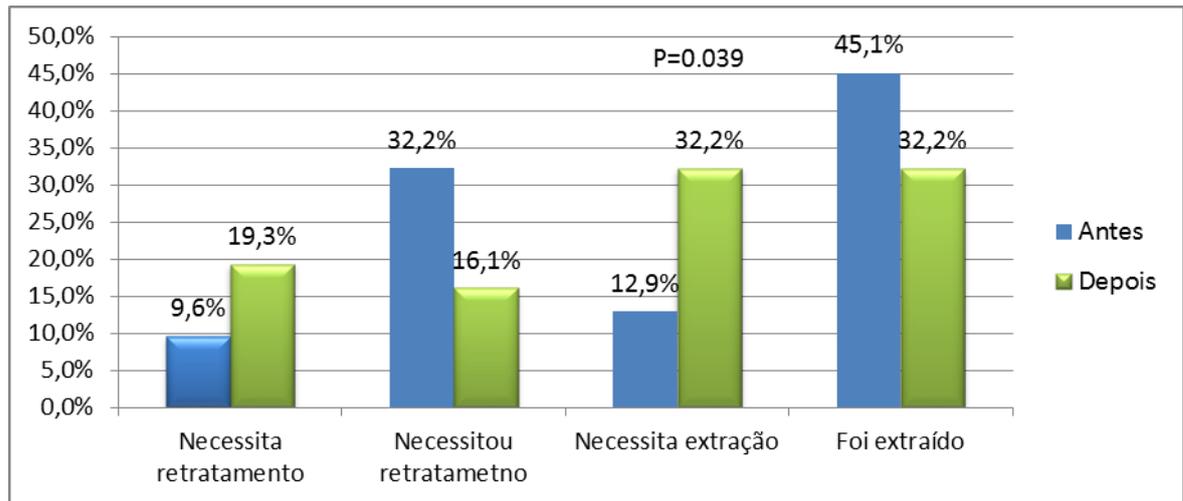
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 8 – Causa da não reabilitação protética antes e depois do Rol 2010 (n=93)



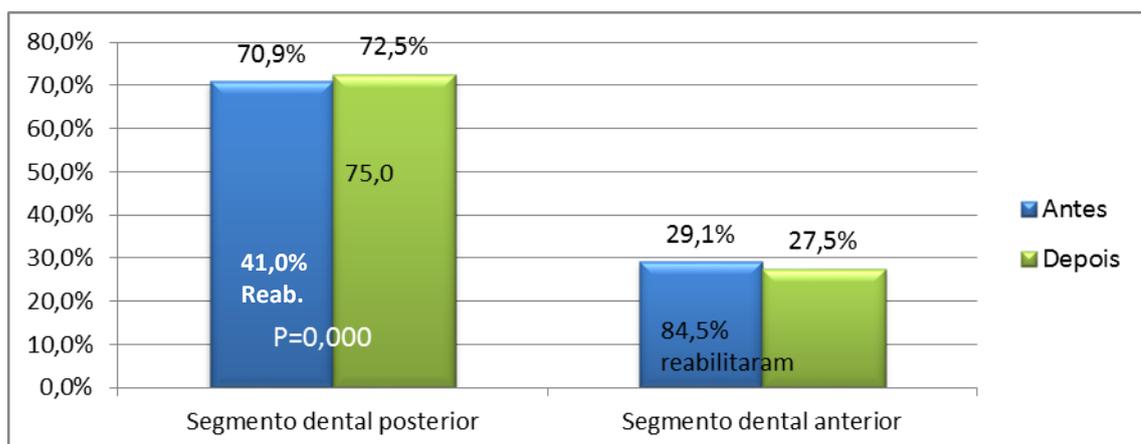
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 9 – Evolução do dente não reabilitado antes e depois do novo Rol (n=93)



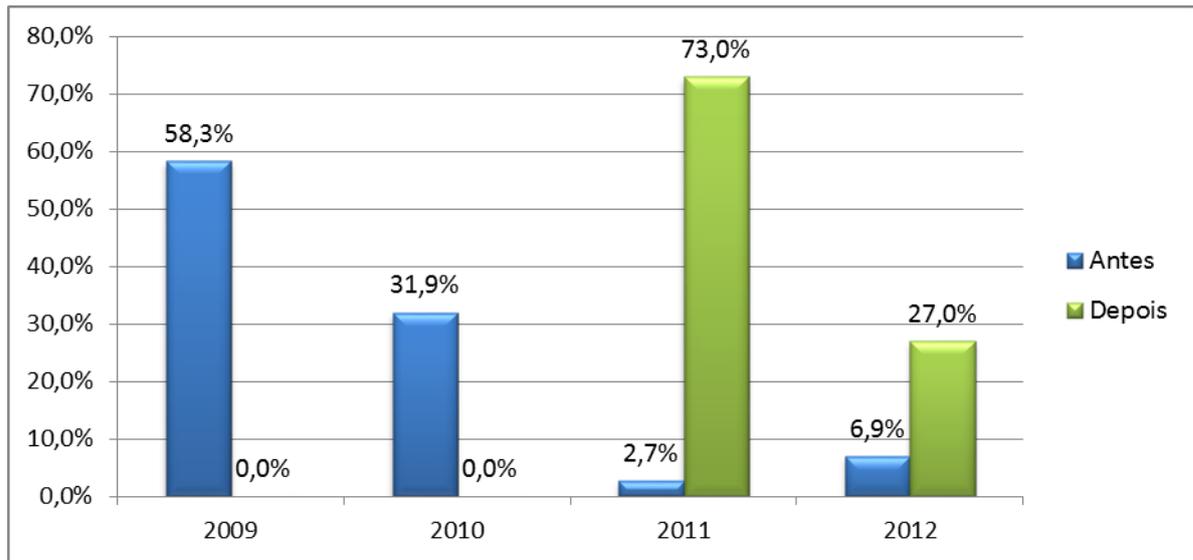
Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 10 – Segmento dentário submetido a endodontia antes e depois do novo Rol (n=276)



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 11 – Ano de reabilitação antes e depois do Rol 2010 (n=183)



Fonte: Elaborado pelo autor