

DANIEL PEREIRA PARREIRAS DE BRAGANÇA

**Auditoria Odontológica: aspectos
relacionados ao gerenciamento de dados e custos
operacionais.**

Dissertação apresentada à faculdade de Odontologia de Piracicaba-SP da Universidade Estadual de Campinas-SP, para obtenção de título de Mestre em Biologia buco dentária, área de concentração em Odontologia Legal.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior.

PIRACICABA

- 2010 -

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8ª. / 8099

B73a	Bragança, Daniel Pereira Parreiras de. Auditoria odontológica: aspectos relacionados ao gerenciamento de dados e custos operacionais / Daniel Pereira Parreiras de Bragança. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. Orientador: Eduardo Daruge Júnior. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Odontologia legal. 2. Convênios. I. Daruge Júnior, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (eras/fop)
------	--

Título em Inglês: Odontology audit: related aspects of data management and operational expense

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Forensic odontology. 2. Joint ventures

Área de Concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Biologia Buco-Dental

Banca Examinadora: Eduardo Daruge Júnior, Dagmar de Paula Queluz, Jorge Paulete Vanrell

Data da Defesa: 05-10-2010

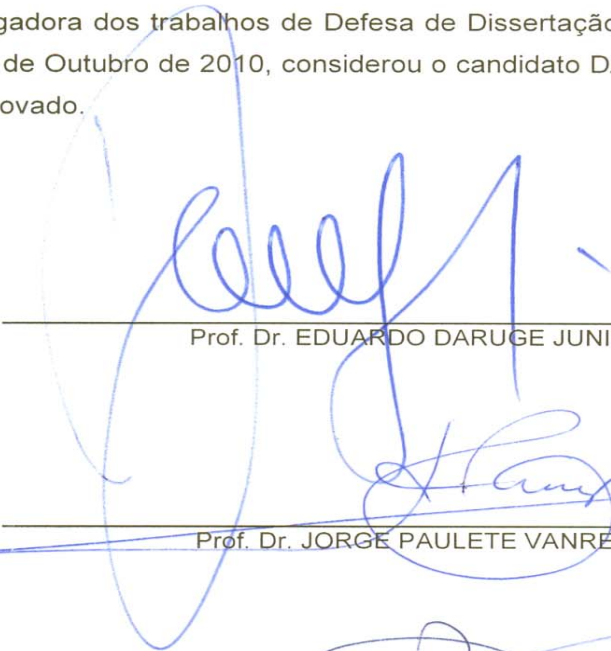
Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental, área de concentração em Odontologia Legal.



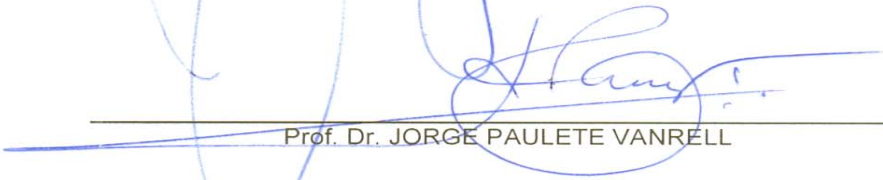
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 05 de Outubro de 2010, considerou o candidato DANIEL PEREIRA PARREIRAS DE BRAGANÇA aprovado.



Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR



Prof. Dr. JORGE PAULETE VANRELL



Profa. Dra. DAGMAR DE PAULA QUELUZ

DEDICO ESTE TRABALHO

A **DEUS**, pois a humanidade só existe pois ele assim o permitiu.

Aos meus pais **Antônio Athayde** e **Heda** pela oportunidade que me deram de estudar e acima de tudo pela formação idônea e educação que tive exemplo. Aos meus irmãos **André Luiz** e **Ana Cristina** por estarem sempre torcendo por mim. Ao meu avô **Homero** por ser sempre um incentivador de meu crescimento.

À minha amada filha **Beatriz Aparecida**, pois é em função dela que busco motivação para continuar a crescer como pessoa, para que tenha um grande exemplo.

AGRADECIMENTOS

À **Faculdade de Odontologia de Piracicaba** da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pela estrutura oferecida aos discentes para a realização de seus estudos.

Ao Diretor Prof. Dr. **Jacks Jorge Júnior**, pelo esforço em manter a Faculdade rumo ao futuro.

Ao orientador deste trabalho, Prof. Dr. **Eduardo Daruge Júnior**, pelo esmero com que coordena a estrutura de nosso curso. Nunca vou esquecer suas palavras de incentivo à minha pessoa, foram decisivas em escolhas importantes em minha vida.

À Profa. Dra. **Dagmar de Paula Queluz**, por estar sempre pronta a me orientar neste trabalho, suas palavras de incentivo e sua organização foram essenciais para a evolução e finalização desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. **Eduardo Daruge**, por ter dado à turma o privilégio de gozar de sua vasta experiência e conhecimento na área de Odontologia Legal.

Ao Prof. Dr. **Luis Francesquini Júnior**, meu orientador no curso de especialização, sempre acreditou na minha capacidade, esteve ao meu lado incondicionalmente no curso de mestrado, tendo importante participação no meu trabalho, suas palavras de incentivo e carinho, nunca irei esquecer.

Ao Prof. Dr. **Luis Renato Paranhos**, por sua dedicação e paciência em orientar-me na organização de alguns dos capítulos de minha dissertação, sua serenidade e inteligência são admiráveis.

À **Célia Regina Manesco** sem sua ajuda seria difícil realizar todas as atividades do curso, “mima” os discentes da Odontologia Legal como se fossem seus filhos.

Aos **demais Professores** do Curso de Pós-Graduação que contribuíram diretamente para a minha formação.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação da FOP-Unicamp pela convivência.

A **todos os funcionários** da Faculdade de Odontologia de Piracicaba- UNICAMP, sem exceção, citá-los nominalmente seria um desatino, pois correria o risco de esquecer

alguém.

Aos meus colegas plantonistas do dia de sexta-feira do Pronto Socorro Odontológico 24 horas da Prefeitura Municipal de Macaé-RJ, Dr. **Claudio José de Mattos Lugon** e Dra **Iracema Pires**, pela compreensão e incentivo em continuar nesta caminhada. Sempre supriram minhas faltas, em virtude do curso, com muita responsabilidade e habilidade.

Aos **coordenadores de saúde oral do município de Macaé – RJ e Campos dos Goytacazes -RJ**, pelas substituições a mim oferecidas, para que pudesse cumprir com responsabilidade a minha carga horária estipulada, e freqüentar o curso com toda a tranqüilidade.

Ao presidente da Uniodonto Macaé-RJ, Dr. **Marcos Sthel Antunes**, amigo que sempre me orientou profissionalmente, e toda a diretoria executiva pela consideração sempre constante a mim dedicada, foram imprescindíveis para a realização deste trabalho.

Ao supervisor do Pronto Socorro Odontológico 24 h do Município de Macaé-RJ e vice-presidente da Uniodonto Macaé-RJ, Dr. **Carlos Roberto dos Santos**, pelo incentivo e conselhos que levarei sempre comigo.

A coordenadora, Dra. **Vera Andrade** e demais profissionais do **programa DST/AIDS do município de Macaé-RJ**, que sempre me incentivaram a seguir em frente nesta jornada, sempre deixando os pacientes cientes da razão de minhas ausências mensais.

Ao meu amigo e irmão Dr. **Cláudio José de Mattos Lugon**, pela parceria de trabalho sólida que construímos juntos no município de Macaé. Amigo verdadeiro, em todas as horas, estive junto comigo tanto nos momentos difíceis, quanto nos momentos de alegria. Nossa cumplicidade é raro de se ver nos dias de hoje entre colegas de profissão, valeu por tudo meu amigo!

Ao meu amigo Dr. **Mário Marques Fernandes**, a quem dedico, também, esta pesquisa, pois é o tipo de amigo que repara quando você se encontra triste ou deprimido, me deu todo o suporte e amizade necessários quando precisei, no início do curso de mestrado, sempre “me puxando” para cima, é o tipo de amigo que está contigo em todos os momentos. Valeu “Marião”! Tenho certeza que nossa parceria e amizade serão duradouras.

“Nenhuma grande vitória é possível sem que tenha sido precedida de pequenas vitórias sobre nós mesmos.”

Leonov, L.M.

RESUMO

Hoje no Brasil cerca de 50 milhões de pessoas têm planos de saúde. Destas, 10 milhões possuem planos exclusivamente Odontológicos. Com essa consolidação dos planos Odontológicos, uma nova carreira foi aberta para o cirurgião-dentista, a do Auditor Odontológico. O fluxo de competitividade econômico-financeiro deste mercado exige do Auditor Odontológico a verificação dos procedimentos que se pagam, evitando abusos por parte do prestador de serviços, sem, contudo, esbarrar em questões éticas que tangenciam esta atividade. Estas avaliações devem ser executadas por profissionais capacitados, que apresentem além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, entre outros. A falta de um protocolo padrão para a realização de auditorias acaba dificultando a atuação destes profissionais, pois ocorrem distorções nas avaliações. Assim a presente pesquisa teve como objetivos relacionar as não-conformidades (Glosas) verificadas aos procedimentos odontológicos das diversas áreas da Odontologia (dentística, periodontia, e demais especialidades odontológicas), mostrando em que área (s) de atuação estão concentradas o maior número de glosas; verificar a viabilidade econômica das auditorias clínicas (Presenciais) em todos os tratamentos solicitados, e como último objetivo a pesquisa esclarece a intervenção do estado, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS) no mercado de saúde suplementar, revisando suas normas atuais para as operadoras de planos odontológicos, e a sua responsabilidade na remuneração da classe odontológica. Este trabalho avaliou 2.283 relatórios de auditorias iniciais arquivados em uma cooperativa de trabalho Odontológico no período de 2002 a 2008 nos meses de janeiro a dezembro, selecionadas aleatoriamente, e analisadas por estatística descritiva. Verificou-se que a dentística é a especialidade responsável por mais da metade das glosas verificadas na amostra, que a auditoria clínica é condenável em todos os orçamentos enviados à operadora pelo cirurgião-dentista, que a influência da agência nacional de saúde (ANS) no mercado de saúde suplementar influencia diretamente na manutenção das operadoras de pequeno e médio porte no mercado de saúde suplementar. Concluiu-se que a dentística é a especialidade clínica com a maior quantidade de glosas na amostra; comprovou a inviabilidade da auditoria clínica (presencial) em todos os tratamentos solicitados, devido à disparidade entre os valores pagos aos auditores e aos

valores totais das não-conformidades; esclareceu a atuação da ANS no mercado de Odontologia suplementar, e que há um desequilíbrio na relação financeira entre operadoras, usuários e cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: Auditoria Odontológica, Convênios, Odontologia Legal.

ABSTRACT

Today in Brazil about 50 million people have health insurance. Of these, 10 million are exclusively Dental plans. With this consolidation of Dental Plans, a new career was opened to the dentist, the Dental Auditor. The flow of financial and economic competitiveness of this market requires the Auditor Dental verification procedures that are paying to avoid abuse by the service provider, without, however, run into ethical issues that touch on this activity. These assessments must be performed by trained professionals, who present beyond the technical and scientific knowledge, personal attributes such as fairness, prudence and diplomacy, among others. This study evaluated 2283 treatments audited and filed in a cooperative working Dentistry during 2002 to 2008, relating to nonconformities (Glosses) requested the types of dental procedures (restorative procedures, Periodontics, Dental and other specialties). Relating the Glosses, too, the number of Service Units (U.S.), which show the real value of these glosses, and how the carrier failed to pay unnecessarily for professionals. The survey also was intended to verify the cost effectiveness of clinical audits (presence) in all treatments requested. As a final objective the research studied the intervention of the state, through the National Health Agency (ANS) in the health plan market, revising its current guidelines for operators of dental plans, and the possible consequences of economic / financial, especially for operators smaller. We observed that dentistry is the specialty responsible for more than half of the glosses found in the sample, clinical audit is wrong on all budgets submitted to the carrier by the surgeon - dentist, the influence of the ANS health plan market, with that agency a direct influence in the maintenance of the operators of small and midsize market health insurance. It was concluded that light-cured resin restoration of a face are the procedures with the greatest number of glosses in the sample; the impracticality of clinical audit (in person) in all treatments requested due to the disparity between the amounts paid to auditors and the total values of the non-conformities; discuss the role of the National Dental Health in the market further.

Key Words: Dental audit, Joint ventures, Forensic dentistry.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	4
CAPÍTULO 2	15
CAPÍTULO 3	28
CONSIDERAÇÕES GERAIS	31
CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXOS.....	37

1. INTRODUÇÃO

Na década de 1980, houve uma intensa movimentação em torno da reforma do sistema público de saúde, caracterizando-se como uma grande prioridade político-social, com enorme envolvimento da sociedade brasileira e de seus diferentes órgãos representativos (Silva, 2003).

O setor de saúde privado no Brasil não foi observado com cuidado, a princípio pelas mais diversas razões, sendo que a mais provável é a de que o poder público tenha considerado que a fatia da sociedade brasileira com cobertura assistencial através de planos de saúde privados fosse composta de pessoas abastadas, e que poderiam dispensar a proteção do Estado. Entretanto, há que se considerar que, quanto maior fossem os recursos desse setor, financiados fundamentalmente pelas empresas e também diretamente pela própria sociedade, mais recursos sobrariam para a população carente e desassistida pelo setor público. Ou então, prevalecido e reservado a interpretação de quanto maior o crescimento do setor de saúde suplementar, menor a necessidade de recursos públicos para o segmento de saúde do Brasil (Silva, 2003).

O aumento da população de cirurgiões dentistas (CD's) e a diminuição da "clientela" particular foram fatores determinantes na última década para que o segmento Odontológico sofresse sua maior transformação na relação da prestação de serviços entre CD's e seus clientes (Noronha e Salles, 2004).

Nesse novo paradigma de mercado, no qual os elementos envolvidos são duplicados, pela interferência da operadora do plano de saúde e do seu auditor contratado, criam-se novos problemas no segmento odontológico, entre os quais, citam-se as reclamações de dentistas operacionais surpreendidos pela falta de autorização prévia para a execução dos procedimentos que prescreveram, as alterações determinadas pelo auditor sobre a terapêutica proposta, os pagamentos de procedimentos realizados glosados ou suspensos a partir dos pareceres dos seus auditores, bem como a postura não ética destes auditores frente aos pacientes avaliados (Noronha e Salles, 2004).

Mata *et al.* (1996) definem auditoria odontológica como "a confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida para chegar a um relatório de auditoria". Fundamentação esta, reforçada pela definição terminológica conceitual adotada para o sistema de regulação e análise de serviços e produtos.

Silva (1997) destaca que embora a legislação tenha estabelecido a chamada perícia administrativa, que se refere a exames realizados na prática diária, tratando-se de exames ligados às relações decorrentes dos convênios, seria melhor e mais prudente a utilização dos termos “avaliação” ou “auditoria”, para não serem confundidos com a perícia em âmbito jurídico.

Angeletti (1999) relatou a existência de “predomínio da não-padronização das avaliações dos procedimentos odontológicos”, expôs o problema na tramitação de pareceres, conforme as regras legais e éticas vigentes, como também expressou entre as causas do mau relacionamento entre o auditor e o dentista operacional, o desconhecimento da legislação e dos preceitos éticos, a diversidade de códigos e nomenclatura, bem como modificações constantes de normas relativas aos convênios e a normatização inadequada de procedimentos técnicos por parte da entidade conveniadora.

No Brasil, as agências reguladoras são exemplos concretos da nova organização do Estado, edificado a partir da segunda metade da década de 90. Seguindo uma forte tendência mundial, o país começou a organizar uma nova estrutura de Estado baseada em um modelo mediador e regulador. Dessa forma, rompe-se o modelo do monopólio estatal resquício de modelos interventores e criam-se as Agências Reguladoras. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 1999 por meio da Medida Provisória nº 1928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei nº 9961 de 28/01/2000 (Brasil, 2000), marcou a atual etapa da regulamentação de um setor que, a partir dos anos 60, transformou-se numa relevante atividade econômica na área de saúde. Como agência reguladora, esta também foi concebida como um tipo de entidade que, embora mantendo algum tipo de vínculo com a Administração Central, tem em relação a ela um acentuado grau de autonomia.

Araújo (2004) defende que a ANS é um órgão que deve promover o equilíbrio entre os consumidores, as entidades econômicas e o estado, devendo realizar um trabalho

fiscalizador e regulador, com independência. Afirma também que esta agência tem total controle contábil sobre as operadoras de saúde, inclusive garantindo reservas econômicas para que o consumidor não fique sem atendimento em caso de uma falência desta empresa.

É necessário padronizar um método de auditoria Odontológica a fim de desburocratizar a aprovação de orçamentos para o usuário. Juhás (2007) propôs para a atividade de auditoria Odontológica operacional e analítica padrões básicos de termos, procedimentos e padronização do exame de auditoria como uma das formas de viabilizar a majoração da tabela de honorários profissionais, unindo controle de qualidade à redução do índice de reconfecção de procedimentos e desburocratização da aprovação dos orçamentos para os usuários, além da redução de custos com auditoria dentro das operadoras. Neste ensejo, essa dissertação tem como objetivos, relacionar os procedimentos mais glosados nas auditorias clínicas, o que dará suporte para um melhor direcionamento das auditorias dentro das operadoras, verificar a viabilidade econômica da auditoria clínica, além de esclarecer aspectos econômicos da intervenção da Agência Nacional de Saúde sobre as operadoras de planos odontológicos, além da importância da mesma no equilíbrio da relação financeira entre usuários, operadoras e cirurgiões-dentistas.

2. CAPÍTULO 1

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO.

AVALIAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS MAIS GLOSADOS NOS CONVÊNIOS ODONTOLÓGICOS.

Evaluation of the clinical procedures that are most rejected in dental plans.

Daniel Pereira Parreiras de Bragança

Mestrando em Biologia Buco-Dental, com área de concentração em Odontologia Legal e Deontologia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP).

Eduardo Daruge Júnior

Professor Associado no departamento de Odontologia Social, na área de Odontologia Legal e Deontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP).

Dagmar de Paula Queluz

Professora Associada do departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP).

Mário Marques Fernandes

Mestrando em Biologia Buco-Dental, com área de concentração em Odontologia Legal e Deontologia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP).

Luiz Renato Paranhos

Pós-Doutorando em Odontologia Legal e Deontologia pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP), Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia (UMESP/SP).

Autor responsável pela correspondência:

Daniel Pereira Parreiras de Bragança

Caixa Postal 119332, Macaé-RJ, CEP:27910-970

Telefone: (21) 2717-7708 / (22) 9971-5015

E-mail: danielpbraganca@hotmail.com

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi mostrar à classe odontológica em quais especialidades da Odontologia estão os procedimentos clínicos que os auditores dos convênios odontológicos glosam com mais e menos frequência. A pesquisa foi realizada analisando-se 2.283 relatórios de auditorias clínicas iniciais arquivadas em uma cooperativa de trabalho odontológico, no período de 2002 a 2008. Os dados foram compilados e analisados por estatística descritiva. Verificou-se que os procedimentos de dentística são responsáveis por 50,1% das glosas, sendo 36,4% de restaurações em resina - uma face. A periodontia também apresentou um significativo número de glosas, 19,4%, - raspagem supra e sub gengival, em contra posição, os procedimentos de endodontia e cirurgia oral menor obtiveram um baixo índice de glosas, 2,3% e 2,2% respectivamente. O profissional atuante na periodontia e dentística, deve dosar suas solicitações de serviço junto aos convênios odontológicos, pois os auditores estão eminentes a realizar glosas nestas áreas. Concluí-se que as especialidades de dentística e periodontia têm maiores números de glosas, e por outro lado a cirurgia e a endodontia são as especialidades com menor frequência de glosas.

Palavras-chave: Odontologia Legal, Odontologia do Trabalho, Auditoria Clínica, Procedimentos Clínicos, Convênios.

Abstract

The aim of this research was to show the odontologists class in which specialties of odontology, clinical procedures that the auditor of dental plans gloss with more and less frequency. The research was conducted by analyzing 2.283 dental treatments offered by dentists, and stored in a cooperative of dental work over the period 2002 to 2008. Data were compiled and analyzed using descriptive statistics. It was found that the procedures of dentistry are responsible for 50,1% of these glosses, being 36,4% of resin restorations – one face. Periodontics also showed a significant number of of glosses 19,4% - supra and sub gingival, scaling in position against the procedures of endodontics and minor oral surgery had a low rate of disallowances, 2,3% and 2,2% respectively. The professional working in operative dentistry and periodontology, should measure their

service requests along with dental plans, because the auditor to perform glosses are eminent in these areas. We conclude that the specialties of dentistry and periodontics have large numbers of gloss, and on the other hand, surgery and endodontics are the specialties with the lowest frequency of glosses.

Keywords: Forensic Dentistry, Occupational Dentistry, Clinical Audit, Critical Pathways, Joint Ventures.

Introdução

O aumento da população de cirurgiões-dentistas (CDs) e a diminuição da demanda particular foram fatores determinantes na última década para que o segmento Odontológico sofresse sua maior transformação na relação da prestação de serviços entre CDs e seus clientes.

A auditoria odontológica é a confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida para chegar a um relatório de auditoria¹. Fundamentação esta, reforçada pela definição terminológica conceitual adotada para o sistema de regulação e análise de serviços e produtos. A auditoria em Odontologia é o método de eleição para o equilíbrio da relação de consumo, já que, quando normatizada e praticada com regularidade, utilizando-se de amostragem adequada, possibilita ao serviço de saúde a aprovação dos tratamentos necessários para a recuperação e manutenção da saúde bucal do paciente, expurgando as propostas de tratamento desnecessárias e/ou não indicadas².

Nesse novo paradigma de mercado, no qual os elementos envolvidos são duplicados, pela interferência da operadora do plano de saúde e do seu auditor contratado, criam-se novos problemas no segmento odontológico, entre os quais, cita-se as reclamações de profissionais surpreendidos pela falta de autorização prévia para a execução dos procedimentos que prescreveram, as alterações determinadas pelo auditor sobre a terapêutica proposta, os pagamentos de procedimentos realizados glosados ou suspensos a partir dos pareceres dos seus auditores, bem como a postura não ética destes auditores frente aos pacientes avaliados³. A insatisfação dos CDs com as tabelas de remuneração das operadoras de planos odontológicos, sendo as mesmas distantes da realidade dos

consultórios particulares. A prática odontológica requer uma complexa estrutura de recursos humanos (recepcionista e ASB), recursos físicos (equipamentos, aluguel e material de consumo próprio da profissão), além de taxas e impostos deixando os procedimentos onerosos.

O conflito de interesses entre profissionais, auditores, e empresas da área de saúde suplementar existe e tende a aumentar com a demanda, porém, quanto maior for o vínculo entre os indivíduos que estão se relacionando, maior o conhecimento de suas expectativas e valores, o que pode diminuir a ocorrência de uma divergência mais inflamada⁴. Com isto posto, este trabalho teve a intenção de elucidar os CDs e os profissionais de auditoria sobre os pontos de maior divergência entre estes atores, esclarecendo quais os procedimentos que são glosados com maior e menor frequência.

Material e métodos

A pesquisa foi realizada avaliando-se dados coletados no arquivo de auditorias de uma cooperativa de trabalho Odontológico sediada no município de Macaé-RJ, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP/SP, sob o protocolo de nº 066/2009.

Foram analisados 2.283 relatórios de auditoria clínica iniciais aprovados na cooperativa no período de 2002 a 2008, selecionados aleatoriamente de um total de 200.000 relatórios, de usuários na faixa etária de 04 a 85 anos de idade, relacionando-se não-conformidades (glosas) a tipos de procedimentos odontológicos (dentística, periodontia, cirurgia oral, reabilitações protéticas, odontopediatria, radiologia, além da ortodontia). Estas glosas foram verificadas nas solicitações de tratamento inicial pela equipe de auditoria da cooperativa estudada, sendo estes dados descritos de forma sigilosa e arquivados pela cooperativa em arquivo próprio. Após a coleta, os dados foram submetidos a um estatístico, e analisados por estatística descritiva.

Resultados

Dos 2.283 relatórios de auditoria clínica iniciais analisados nesta pesquisa, verificou-se a proporção entre orçamentos com pelo menos um procedimento glosado, e orçamentos com total conformidade, conforme mostra a figura 1.

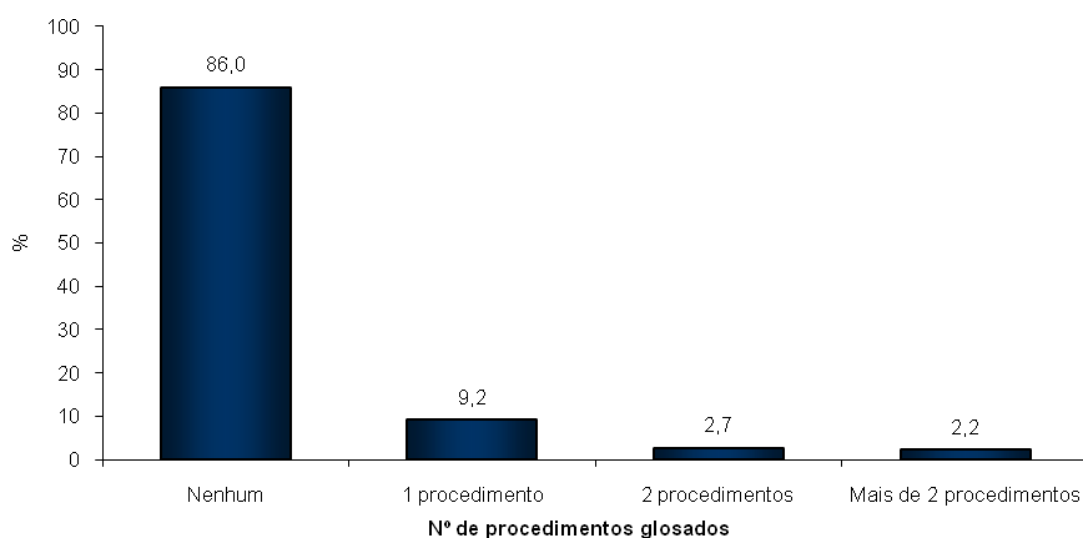


Figura 1. Distribuição do número de procedimentos glosados nas fichas pesquisadas.

O número de procedimentos glosados, de 2002 até 2008, ano a ano, está demonstrado na figura 2.

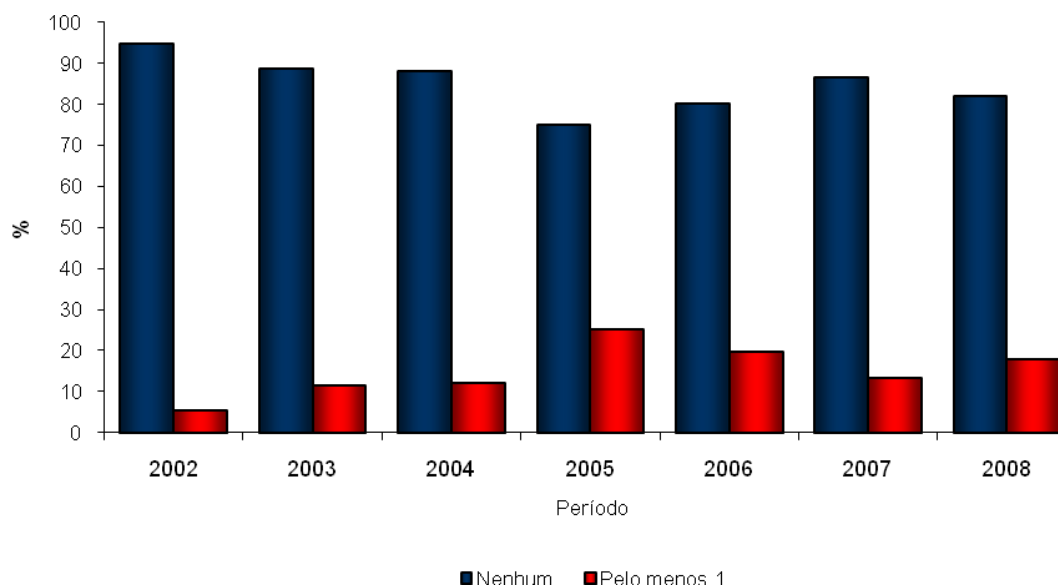


Figura 2. Distribuição do número de procedimentos glosados nas fichas pesquisadas em cada ano de estudo.

Em 320 fichas, com pelo menos um procedimento glosado, foram contabilizados 599 procedimentos glosados no total. Os procedimentos com maior frequência de glosa estão descritos na tabela 1 e na figura 3.

Tabela 1. Distribuição de frequência do Procedimento solicitado.

Procedimento	Nº. de Solicitações	%
Resina 01 face	135	22,5
Resina 02 faces	58	9,7
Resina 03 faces	11	1,8
Resina Ângulo	14	2,3
Amálgama 1 face	44	7,3
Amálgama 2 faces	27	4,5
Amálgama 3 faces	11	1,8
Raspagem subgingival	92	15,4
Raspagem supragingival	24	4,0
Endodontia 1 raiz	7	1,2
Endodontia 2 raízes	4	0,7
Endodontia 3 raízes	3	0,5
Consulta Odontológica	34	5,7
Coroa Inlay/onlay	1	0,2
Bloco (RMF)	6	1,0
Aplicação tópica de Flúor	46	7,7
RX periapical ou BW	59	9,8
Dessensibilização dentária	3	0,5
Provisório	1	0,2
Núcleo Fundido	1	0,2
Exodontia	2	0,3
Exodontia de dente decíduo	3	0,5
Selante	1	0,2
Aumento de coroa clínica	1	0,2
Restauração em Ionômero de vidro	11	1,8
Total	599	100,0

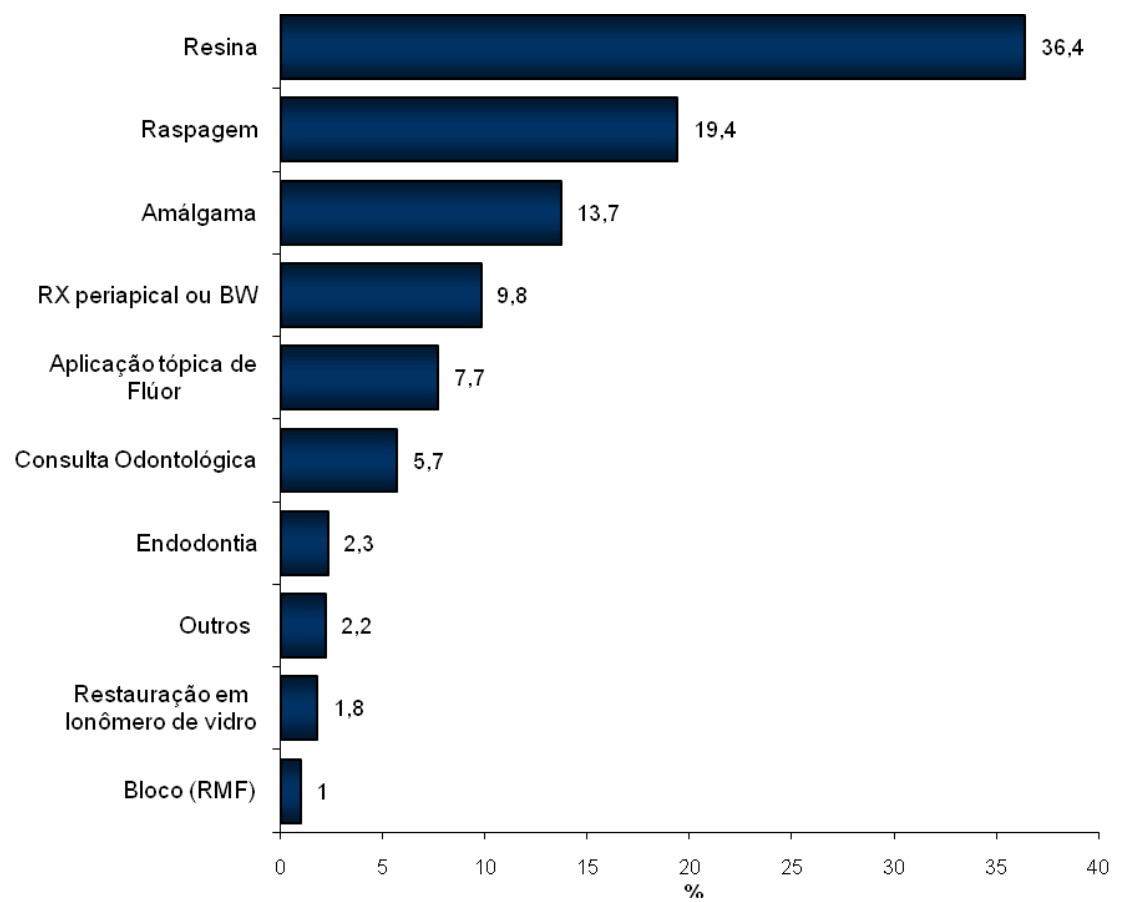


Figura 3. Distribuição de frequência dos procedimentos glosados.

Discussão

Sabendo-se que as auditorias são ferramentas de controle, implantadas pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade, e, quando devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo. Construtivo porque não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não-conformidade, implementando e acompanhando as ações corretivas no processo⁵. Mas há uma conotação negativa - abuso do processo de auditoria, usada para estabelecer culpa ou determinar ações punitivas.

O Conselho Federal de Odontologia promulgou a resolução 20/2001, de 16 de agosto de 2001, que normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa, na qual estabelece padrões éticos da atuação deste profissional no mercado de Odontologia suplementar⁶.

Em uma pesquisa sobre auditoria em Odontologia², analisou-se 150 relatórios decorrentes de avaliações clínicas, onde verificou-se resultados de 29,33% em não conformidade, o que envolveu 365 procedimentos que foram glosados. Destes 365 procedimentos glosados, 81,36 % foram procedimentos de dentística. Esta pesquisa ratifica os resultados do presente trabalho que também aponta a especialidade de dentística como a principal causadora das divergências entre auditores e CDs. Na literatura odontológica nacional, não encontramos mais pesquisas para que pudéssemos confrontar e discutir com os nossos resultados, o que reforça a importância de se explorar mais este campo de conhecimento da Odontologia.

Temos a sabedoria de que a dentística é a especialidade que apresenta maiores números de procedimentos glosados, por outro lado, é a especialidade de maior demanda nos consultórios, esse indicador pode ser útil para evitar distorções e rever planejamentos na área de auditoria⁷. Uma padronização da equipe de auditoria é fundamental para a correta avaliação dos orçamentos propostos pelos profissionais, evitando as incoerências. Isso posto, é de fundamental importância para os profissionais e para os auditores que militam em Odontologia o conhecimento dos procedimentos de maior demanda na clínica odontológica, além dos procedimentos que tendem a ser mais glosados, com o intuito de se evitar auditorias desnecessárias, reduzindo o custo das operadoras, repassando este valor

para a melhoria da remuneração para os profissionais.

Conclusão

Os procedimentos de dentística são responsáveis por 50,1% das glosas verificadas na amostra, sendo que as restaurações de uma face são as mais prevalentes nas não-conformidades. Os procedimentos de periodontia também se mostram com uma frequência relevante, pois representam 19,4% das não-conformidades. Opostamente, os procedimentos de endodontia, com 2,3%, de cirurgia oral, com 2,2%, e de prótese, com apenas 1,0%, foram as especialidades menos prevalentes em glosas.

Referências

1. Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
2. Noronha FM, Salles DMT. A ferramenta auditoria aplicada à Odontologia. *In: Anais do Congresso brasileiro de Administração de 2004.*
3. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-20/2001, Disponível em www.cfo.gov.br.
4. Coleman G, Moreira ML, Sanchez MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. São Paulo: Fundação Petrópolis 1998; 5: 138-145.
5. Mills CA. A auditoria da qualidade: uma ferramenta para avaliação constante e sistemática da manutenção da qualidade. São Paulo: Makron Books, 1994.
6. Juhás R. Auditoria em Odontologia, 2º ed. São Paulo: Viart, 2007.
7. Mata JE, Martos EC, Anzaldi MACE. Auditoria Odontológica. Buenos Aires: Ediciones Dunken, 1996.

3. CAPÍTULO 2

SUBMETIDO À REVISTA ODONTO, DA UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO.

VERIFICAÇÃO DA VIABILIDADE DA AUDITORIA PRESENCIAL EM OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS.

Checking the feasibility of clinical audit in dental plan operators.

Daniel Pereira Parreiras de Bragança

Mestrando em Biologia Buco-Dental, com área de concentração em Odontologia Legal e Deontologia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP), Odontólogo do SUS (Macaé-RJ e Campos dos Goytacazes) e auditor Odontológico da Uniodonto Macaé-RJ.

Dagmar de Paula Queluz

Professora Livre Docente no departamento de Odontologia social da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP.

Mário Marques Fernandes

Mestrando em Biologia Buco-Dental, com área de concentração em Odontologia Legal e Deontologia, pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP).

Odontólogo do Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul

Silas Henrique Rabelo de Lima

Especializando em Odontologia Legal pela FOP/UNICAMP

Especialista em Ortodontia pelo Instituto Mineiro de Pós-Graduação – IMPG.

Luiz Francesquini Júnior

Livre Docente em Odontologia Legal e Deontologia pela FOP/UNICAMP

Professor de Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic.

Eduardo Daruge Júnior

Professor Livre Docente na área de Odontologia Legal e Coordenador do Curso de Especialização em Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP/SP)

Autor responsável pela correspondência:

Daniel Pereira Parreiras de Bragança

Caixa Postal 119332, Macaé-RJ, CEP:27910-970

Telefone: (21) 2717-7708 / (22) 9971-5015

E-mail: danielpbraganca@hotmail.com

Resumo

Objetivo: mostrar à classe odontológica e aos responsáveis pela auditoria em convênios odontológicos a viabilidade da realização de auditoria clínica presencial em todos os tratamentos odontológicos como forma de controle de custos, apresentando formas alternativas de realizar este controle financeiro. **Material e métodos:** a pesquisa foi realizada coletando-se dados em 2.283 relatórios de auditorias arquivados em uma cooperativa de trabalho odontológico sediada no município de Macaé-RJ, registradas nos meses de janeiro a dezembro entre 2002 a 2008. Os dados foram compilados e analisados por estatística descritiva. **Resultados:** verificou-se que dos 2283 relatórios de auditoria analisados na amostra, 14% continham pelo menos um procedimento glosado, e 86% da amostra estava em total conformidade. Verificou-se também que o valor dos procedimentos que foram glosados na amostra não representa nem 40% do valor gasto para o pagamento dos auditores. **Conclusão:** a auditoria clínica em todos os orçamentos é uma forma ultrapassada e muito onerosa para os convênios odontológicos, tendo os mesmos outras formas de realizar o controle de custos, como a auditoria eletrônica e a análise de índices técnicos e financeiros dos credenciados.

Palavras chave: Odontologia Legal, Odontologia do Trabalho, Auditoria Clínica, Convênios.

Abstract

Objective: to show the dental class and those responsible for the audit covenants in dentistry the feasibility of conducting clinical audit presence in all dental treatment as a means of controlling costs, providing alternative ways to achieve this financial control. **Methods:** the research was based on collecting data on audits of a cooperative working Dental headquartered in the city of Macaé involving 2283 approved budgets in the initial audit, registered between 2002 to 2008. Data were compiled and analyzed using descriptive statistics. **Results:** it was found that the records analyzed in the 2283 sample, 14% contained at least one procedure glossed, and 86% of the sample were in full compliance. It was also noted that the value of procedures that have been glossed in the sample does not represent even 40% of the amount spent to pay the auditors. **Conclusion:** we conclude that the clinical audit in all budgets is a way outdated and too costly for dental conventions, having the same other ways to achieve cost control, such as electronic audit and analysis of technical and financial indices of accredited .

Key words: Forensic Dentistry, Occupational Dentistry, clinical Audit, Joint Ventures.

Introdução

No Brasil, a percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde começou na década de 30, fortalecendo-se ao final dos anos 50, quando o país principiou seu processo de industrialização e as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como os principais prestadores de serviços hospitalares a uma nascente classe média. O Estado, por sua vez, iniciou programas voltados à centralização das ações de saúde na busca de uma assistência indiferenciada à população, visando minimizar os deletérios efeitos sociais de uma estratificação econômica no campo da assistência à saúde¹.

Segundo os dados reunidos pela ANS publicados no Caderno de Informações da Saúde Suplementar, o segmento odontológico saltou de pouco mais de três milhões de beneficiários, em 2001, para 7.448.151, em 2006 e, para 8.590.076, em 2007, portanto um crescimento, nos últimos sete anos, de cerca de 210%. Também a receita das operadoras exclusivamente odontológicas, no período de 2001 a 2005, aumentou em, aproximadamente, 112%. Dados que confirmam a expansão do setor e seu potencial ambiente de contínuo crescimento dos próximos anos em todo o território brasileiro enfatizado pela previsão do caderno de informações da ANS de dezembro de 2007².

A perícia (nomenclatura correta: avaliação ou auditoria) é um recurso utilizado como forma de controle e fiscalização do trabalho dos profissionais contratados pelas operadoras, além de ser também uma estratégia de manutenção da qualidade na prestação de serviço. Por meio da auditoria inicial, aqueles convênios que possuem um profissional responsável para a verificação do orçamento proposto, fazem um planejamento para verificar se todos os procedimentos que o cirurgião-dentista passou para os convênios estão de acordo com a política da prestadora de serviços. Se estiver de acordo com o planejamento orçado pelo profissional, o tratamento pode ser iniciado³.

As auditorias operacionais (clínicas), quando bem conduzidas, podem proporcionar importantes informações à coordenação (operadora). Elas irão verificar se o que deve ser feito está realmente sendo feito, tendo como objetivo principal fornecer dados para que a coordenação analise criticamente o seu sistema de qualidade e tome as decisões, determinando ações ou disposições sobre os resultados não-conformes, diminuindo ou eliminando-os⁴. Conseqüentemente, garante-se a continuidade operacional (sobrevivência)

na área de negócios, frente às empresas concorrentes.

As operadoras de planos de saúde, atualmente se encontram em fase de adaptação do seu produto frente ao mercado nacional, que as obriga a estabelecer serviços com alta competitividade, esquemas de verificação e controle de cada um dos seus processos inerentes a sua funcionalidade. Verificam também que, com o aumento da demanda de serviços odontológicos no sistema de saúde suplementar, surgiu a necessidade de melhorar os processos de análise e de registro dos serviços prestados pela rede credenciada, no que concerne a emissão dos pareceres e postura dos auditores técnicos frente aos auditados⁵.

”O consultório não é um tribunal onde se deve julgar o trabalho de um colega”⁶. Cabe verificar, em um exame inicial, se o plano de tratamento está adequado aos padrões do convênio e, em um exame final, se o plano de tratamento foi cumprido. Caso haja um problema técnico, este deverá ser resolvido entre os profissionais, e nunca na presença do paciente ou de terceiros⁶.

Em vista a estes fatos foi realizado a verificação da viabilidade econômica da realização de auditorias clínicas (presenciais), bem como, apresentou-se os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema.

Material e métodos

Após a aprovação pelo CEP/FOP/UNICAMP, procedeu-se a coleta de dados junto ao arquivo de relatórios de auditorias odontológicas existentes na cooperativa analisada sediada no Estado do Rio de Janeiro.

Analisou-se 2.283 relatórios de auditorias clínicas iniciais, realizadas entre o dia primeiro de janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2008. A busca pelos relatórios de auditorias deu-se de forma aleatória. Os dados foram coletados em ficha de coleta previamente elaborada, observando-se os princípios de confidencialidade dos dados identificatórios dos usuários (pacientes) e dos profissionais envolvidos. Após esta fase os mesmos foram tabulados e analisados estatisticamente por meio de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média, desvio padrão).

Resultados

Analisou-se 2.283 relatórios de auditorias clínicas realizadas na cooperativa de

trabalho odontológico, no ano de 2002 a 2008, e, que foram aprovados para a realização dos referidos tratamentos.

Nestes constatou-se que a cooperativa gastou o montante de 41076 unidades de serviços (US), pago aos auditores. Este valor se refere à 18 US que a Cooperativa remunera por avaliação/auditoria odontológica realizada. Verificou-se ainda que foram realizadas 599 glosas (supressão parcial ou total de uma conta averbada) que somaram ao todo 16683 US. Do total de relatórios analisados (n=2283), verificou-se que 86% não sofreram qualquer tipo de glosa, conforme se pode observar na tabela 1.

ANEXOS:

<i>Nº. de procedimentos glosados</i>	<i>Nº. fichas</i>	<i>%</i>
Nenhum	1962	86,0
1	211	9,1
2	62	2,7
Mais de 2	48	2,2
Total	2283	100,0

Tabela 1. Distribuição quanto ao número de procedimentos glosados.

Na figura 1, pode-se constatar a distribuição anual (2002 até 2008) dos resultados das auditorias realizadas. Constata-se ainda que houve um expressivo aumento do número de glosas, sendo o ano de 2005 o que expressou o maior aumento.

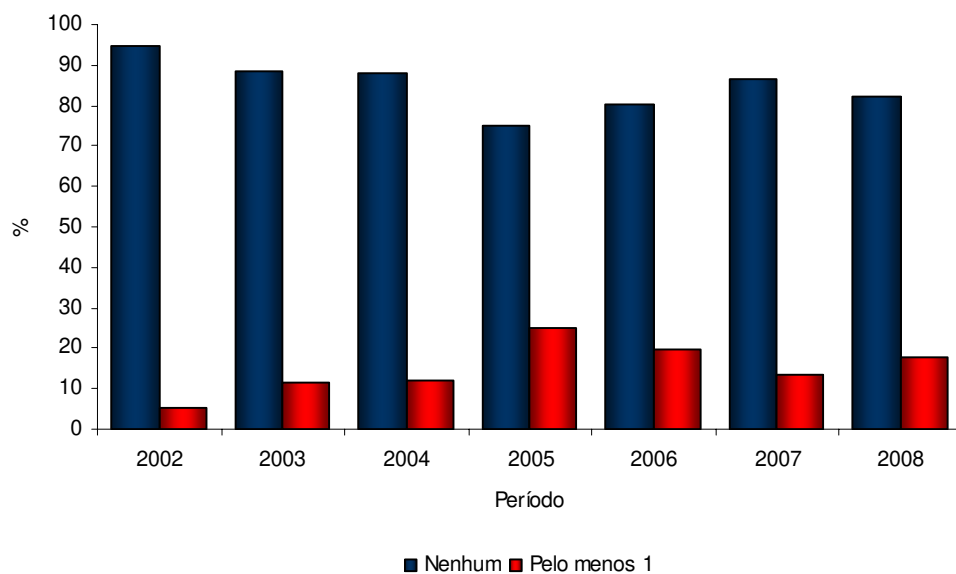


Figura 1. Distribuição anual do resultado das auditorias realizadas.

A quantidade de Unidades de Serviço (US) paga aos auditores e a quantidade de US relativa ao total das glosas presentes na amostragem, encontram-se dispostas na figura 2.

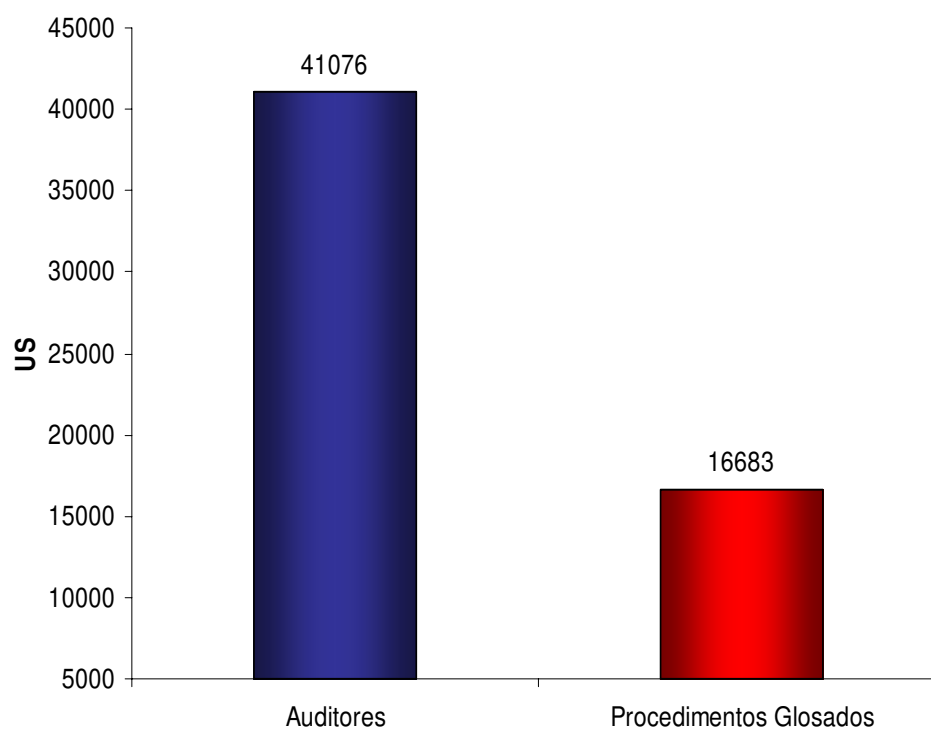


Figura 2. Distribuição das US pagas aos auditores e o valor apurado das glosas.

O número de procedimentos solicitados à operadora pelos profissionais está relacionado na tabela 2.

<i>Nº. de procedimentos</i>	<i>Nº. Fichas</i>	<i>%</i>
Até 2	378	16,6
3 a 5	741	32,5
6 a 8	458	20,1
9 a 11	271	11,9
12 a 14	166	7,3
15 ou mais	268	11,7
Total	2283	100,0

Tabela 2. Número de procedimentos solicitados à operadora pelos profissionais

Discussão

O desafio da auditoria está em equilibrar custos e intermediar a cooperação

entre os envolvidos no processo: operadora, usuários, profissionais e empresas consumidoras de serviços odontológicos (conveniadas), para a implementação de processos que direcionem a gestão para a busca, controle e melhoria contínua da qualidade⁷.

Porém o referido processo torna-se oneroso tanto para as empresas conveniadas cujos empregados utilizam os serviços odontológicos prestados, pois aumentaria o absenteísmo tipo 1 (ausência no processo produtivo para busca de tratamento) e também para os próprios pacientes que teriam que se deslocar mais vezes ao profissional e à operadora para aprovação e concordância nas auditorias.

Ressalta-se ainda que a própria operadora terá um acréscimo de custos, medido em US, que deverá ser absorvido pelos valores pagos pelos pacientes, ou pelas US pagas aos profissionais ou ainda a redução dos lucros pertinentes à operadora.

Destaca-se que a forma de auditoria clínica presencial ainda persiste em muitas operadoras de pequeno porte. Acredita-se que tal fato se deve ao reduzido número de usuários. As operadoras de grande porte em geral somente utilizam a auditoria presencial em casos dúbios.

Outro ponto a ser destacado é a inexistência na Odontologia de uma padronização de todos os procedimentos relacionando o que é aceitável ou não sobre procedimentos técnicos. Tais parâmetros permitiriam aos auditores uma pacificação quanto ao plano de tratamento realizado e a cobertura adquirida pelo paciente junto à operadora⁵.

Todas as facetas citadas são fatores que prejudicam a imagem da profissão frente à sociedade, além disso, muitas vezes o paciente fica com receio do trabalho recebido, duvidando quanto à sua qualidade, quando o auditor faz críticas ou altera seu semblante facial durante a execução da auditoria clínica.

Sabe-se que as auditorias são ferramentas de controle, implantadas pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade. Esta, quando devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo, não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não-conformidade, implementando e acompanhando as ações corretivas no processo⁸. Há uma conotação negativa, e sentimentos existem em decorrência do abuso do processo de auditoria, quando é usada para estabelecer culpa ou determinar ações punitivas.

No presente estudo, na figura 1, pode-se constatar que no ano de 2005, houve nos relatórios avaliados uma diminuição do total dos serviços prestados. Concomitante a este fato verificou-se que foi ano em que mais ocorreram glosas, supondo-se que em períodos de escassez de procedimentos o profissional, intencionalmente ou não, majora o número de procedimentos em seu plano de tratamento.

Em pesquisa similar à do presente estudo, pode-se constatar em um levantamento realizado³ em 1998, que de 150 orçamentos analisados, 70,66% (n=106) foram consideradas totalmente em conformidade, e 29,33% (n=44) tiveram ao menos um procedimento glosado,

Já no presente estudo de um total de 2283 relatórios de auditorias avaliados 86% (n=1962) foram considerados em conformidade e 14% (n=321) foram glosados.

Destes dados pode-se inferir que não houve por parte da cooperativa glosas indevidas, pois os critérios para a realização da glosa se baseavam nas normas atuais da prática odontológica e na cobertura total contratada pelos pacientes junto à cooperativa.

Em geral o que se constata frente às reclamações dos profissionais que trabalham com operadoras é que há no mercado uma mercantilização da Odontologia, onde a saúde cede espaço ao lucro exacerbado. Confrontando-se com a Lei 5081/66 em seu artigo 7º que proíbe a prática de mercantilização da profissão e a Resolução 42/2003, modificada pela 71/06 que proíbe o aviltamento dos honorários pagos aos profissionais.

Outro parâmetro que pode ser utilizado na indicação de uma auditoria clínica é a quantidade de procedimentos solicitados por tratamento. Verificou-se que em 49,1% da amostra constavam apenas de 02 a 05 procedimentos solicitados nos relatórios. Este dado demonstra que quase metade dos tratamentos da amostra poderiam terem sido aprovados por meio de auditoria eletrônica ou técnica (não presenciais) devido ao pequeno número de procedimentos constantes.

Foi apontado⁷ como alternativa para as operadoras a auditoria analítica, nesta modalidade os dados constantes no orçamento solicitado são lançados no sistema e confrontados com os dados pré-existentis do usuário. Não há necessidade do exame presencial. Presencia-se uma otimização de tempo tanto para os auditores como para os usuários, além de facilitar o trabalho da auditoria técnica (análise de documentos como

radiografias periapicais e panorâmicas, modelos de gesso, além de documentação ortodôntica). A auditoria analítica utiliza também índices técnicos e financeiros, que podem apontar a necessidade de auditorias clínicas para os usuários que vão a profissionais que apresentam muitas reclamações quanto ao seu serviço, e/ou um aumento muito abissal em seus vencimentos mês a mês.

“A utilização de indicadores mostrou-se viável, fornecendo o diagnóstico da instituição e permitindo o contínuo aprimoramento de processos, na busca por melhores índices de qualidade, produtividade e satisfação”³. Essa afirmação baseada nos resultados de uma tese de mestrado, nos mostra a tendência atual da auditoria odontológica baseada em evidências financeiras e clínicas como o modelo ideal na otimização de tempo e de recursos tanto para a operadora como para o usuário dos planos.

Porém, deve-se destacar que tal mudança da auditoria presencial clínica para a auditoria analítica acabará por reduzir o número de auditores nas referidas cooperativas, gerando um agravamento na crise empregatícia de profissionais da Odontologia.

Já se consagrou na Odontologia empresarial a figura do Odontologista⁹, porém também deve-se destacar que o mesmo deverá estar atento às alterações no processo de auditoria, principalmente no manuseio de softwares para a realização de auditoria analítica. Forçando-se os cursos de especialização a melhoria e implantação destas novas tecnologias quando da apresentação do referido tema aos discentes.

Finalmente, deve-se atentar ao fato de que quando o auditor faz uma avaliação clínica (auditoria presencial), este pode ser também co-responsabilizado pelos abusos e excessos de glosas que realizar, e, pelo resultado final do tratamento, quando a glosa realizada intervir na qualidade do tratamento realizado. Todavia, quando um *software* realizar tais glosas a quem se deverá responsabilizar?

Conclusão

Verificou-se que a auditoria clínica para todos os procedimentos é uma forma onerosa de controlar custos com demanda induzida em convênios odontológicos. A glosa realizada não representa nem a metade do que se paga como honorários aos auditores, não sendo então viável a sua utilização de forma indiscriminada junto às prestadoras de serviços odontológicos. Porém, deve-se ressaltar a importância do paciente avaliar a satisfação e

qualidade dos serviços odontológicos prestados conforme determinam os aspectos éticos e legais vigentes no Brasil.

Referências Bibliográficas

1. Foucault M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
2. Brasil, 2007. Agência Nacional de saúde. **Caderno de Informações de Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
3. Simplício AHLS, Santos PA, Campos JADB. Perfil dos convênios odontológicos no município de Araraquara -SP, Brasil. *Cienc Odontol Bras.*; v. 11, n. 4, p. 30-39, out./dez. 2008
4. Oliveira D. **Auditoria da qualidade recomendações para prática de excelência**. ed. Rio de Janeiro: Dunkin., 2002.
5. Noronha, FM; Salles, DMT. **A ferramenta auditoria aplicada à Odontologia**. Anais do Congresso brasileiro de Administração de 2004.
6. Silva M. **Compêndio de Odontologia Legal**. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.
7. Juhás R. **Auditoria em Odontologia**, ed. São Paulo: Viart, 2007.
8. Mills CAA. **Auditoria da qualidade: uma ferramenta para avaliação constante e sistemática da manutenção da qualidade**. Ed. São Paulo: Makron Books, 1994.
9. Peres AS. **Perícia de convênio odontológico** [dissertação]. São Paulo: FO – USP; 1997.

4. CAPÍTULO 3

SUBMETIDO À SEÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS DO SITE DA ABOT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA DO TRABALHO).

A interface entre Cirurgiões - dentistas, usuários e operadoras de planos odontológicos.

O mercado de trabalho na década de 80 foi marcada pela introdução dos convênios odontológicos, de forma maciça, na prática profissional diária dos Cirurgiões – dentistas (CD). Nos dias de hoje com a forte concorrência de mercado entre as Operadoras de planos Odontológicos (neste texto denominaremos somente como operadoras) e o número cada dia crescente de usuários houve uma desvalorização do “produto Odontologia”, o que acabou refletindo diretamente na remuneração dos CD pelos seus serviços prestados, estando hoje em um patamar inaceitável. Sabemos que hoje as operadoras negociam seus planos, em média, por menos de R\$ 10,00, por pessoa/mês (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia - SINOG, 2009).

Sabemos que as operadoras têm que cumprir normas burocráticas para se manter no mercado. Normas impostas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que é um órgão governamental independente que regula todas as operadoras em saúde suplementar. Uma destas normas, é que todos os planos negociados tenham uma cobertura mínima, chamada de “Rol básico de procedimentos”, neste Rol, estão incluídos os procedimentos de periodontia, dentisteria, procedimentos de cirurgia oral menor, endodontia, radiografias, além das emergências. Recentemente a ANS atualizou o “rol básico de procedimentos”, por meio da Resolução Normativa RN nº211, que além dos procedimentos acima descritos, entram também na cobertura obrigatória procedimentos de prótese (provisórios, coroas de cerômero (estético), restaurações metálicas fundidas, pinos metálicos fundidos). Isso posto, como podem as operadoras remunerar dignamente o cirurgião-dentista (CD) credenciado se o usuário paga, em média, R\$ 10,00 por mês?

O que ocorre hoje na Odontologia seria uma falta de imposição por parte da classe odontológica de sua indignação com essa posição aviltante em que se encontra. Não podem os CDs sofrerem a resultante da “guerra” que está instalada no mercado

Odontológico suplementar. As operadoras não podem deixar de ter alta lucratividade. O usuário paga um preço pífio para ter um serviço de alta complexidade, e o CD por consequência, recebe por seus serviços valores que em muitos casos não cobrem nem os gastos reais de certos procedimentos, ou seja, acaba “pagando para trabalhar”.

Estamos acompanhando o desenvolvimento do Código Brasileiro Hierarquizado de Procedimentos Odontológicos (CBHPO), que representa uma resposta de toda a classe aos ínfimos valores que as operadoras vêm repassando aos CDs, é um posicionamento definitivo, onde a classe odontológica está dizendo “basta” a toda esta situação. Sabemos de toda a carga tributária que acomete o CD nos dias de hoje, e com isso está inviável de se relacionar profissionalmente com a maioria das operadoras e suas tabelas de valores aviltantes.

A proposta do CBHPO seria a introdução de uma tabela de procedimentos odontológicos que teria de ser adotada por todas as operadoras, estando, inclusive, padronizado os valores mínimos de repasse aos CD em cada procedimento. Esses valores estão sendo calculados de acordo com a complexidade do procedimento, material utilizado e tempo gasto no procedimento. A FIPE (Fundação Instituto de pesquisas econômicas), importante e respeitado instituto de economia, é o responsável pela confecção e estabelecimento dos valores do CBHPO, que vêm sendo visto por muitos profissionais e gestores da Odontologia como um novo alento à classe odontológica de ter um mínimo de reconhecimento profissional por parte da sociedade.

Numa visão futura, sabe-se que é inviável as operadoras remunerarem dignamente os CDs credenciados com os preços em que os planos vêm sendo negociados no mercado de Odontologia suplementar. Sabemos também que a ANS tem plena ciência (ou deveria ter) de que não é viável a venda de um plano odontológico por menos de R\$10,00, assim sendo a ANS têm grande responsabilidade no sucesso de todo este projeto do CBHPO, pois cabe a esta agência estabelecer parâmetros mínimos (valores) para a negociação de planos odontológicos no mercado suplementar, pois ela tem o controle financeiro de todas as operadoras.

Outro aspecto a ser citado seria o impacto do CBHPO nos valores pagos pelos usuários pelos planos odontológicos. É imperioso afirmar que pela nossa visão os

planos não têm que atingir preços exorbitantes para que os CDs tenham uma remuneração digna, mas sim o usuário estar pagando um preço mais condizente com a complexidade do “produto” que está adquirindo, e toda a responsabilidade que cerca um tratamento odontológico. Sugerimos hoje um equilíbrio maior entre o lucro das operadoras, que em grandes operadoras atinge patamares exorbitantes (SINOG, 2010), o preço pago pelos usuários e os valores repassados aos CDs. Se nos referenciarmos pelos dias de hoje, vemos que estes três fatores têm de sofrer profundos ajustes para que haja um equilíbrio nesta relação financeira.

Numa última análise, temos de ressaltar a importância da auditoria odontológica dentro das operadoras para o sucesso do CBHPO. Todas as operadoras têm que gerenciar um problema crônico na Odontologia que se chama “demanda induzida”, que nada mais é que a solicitação por parte dos profissionais credenciados de procedimentos que não teriam indicação de realização, com o CBHPO a demanda induzida terá de ser controlada ao extremo, pois os valores serão mais altos, e se a sinistralidade for muito alta, a folha de pagamento das operadoras será muito alta, e sua lucratividade diminuirá, o que obrigaria as operadoras a aumentar os preços dos planos odontológicos a um ponto onde o usuário não suportaria pagar, o que iria inviabilizar todo um projeto de resgate da dignidade profissional do CD que é o CBHPO.

Referências:

Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo – SINOG [Acesso 2010 Julho 06] Disponível em: <http://www.sinog.com.br/release.asp?id=652&tipo=ultimos>.

Brasil. Agência Nacional de Saúde (ANS). Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde. Resolução Normativa – RN 211 de 11 de Janeiro de 2010. Diário Oficial da União 2010; 2010 maio 21. Seção 3, p. 211.

5. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Mills (1994) definiu auditoria como uma ferramenta de controle implantada pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade. Esta, quando devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo, não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não-conformidade, acompanhando as ações corretivas no processo. No mesmo sentido, Peres (1997) dispõe que a variabilidade na interpretação de um tratamento odontológico faz com que as alterações nas previsões de honorários (glosas) se tornem freqüentes. Há uma conotação negativa, e sentimentos existem em decorrência do abuso do processo de auditoria, quando é usada para estabelecer culpa ou determinar ações punitivas, por outro lado, não há empecilhos para a operadora em verificar os procedimentos que paga aos seus credenciados, desde de que esteja expresso em contrato firmado pelas partes.

Peres (1997) se mostra preocupado com colegas CDs que militam na área de auditoria devido ao despreparo ético e legal, que julga imprescindível nesta atividade. No mesmo ensejo, afirma que a especialização em Odontologia Legal deverá ser pré - requisito ao desempenho da função de auditor Odontológico.

Melani (2009) coloca algumas características pessoais desejáveis aos auditores, que são elas: ser diplomático, bom ouvinte, pontual, bom observador, ser ético e profissional, habilidoso no trato com as pessoas, não ser tendencioso, ter critério. Em contrapartida, o autor cita algumas características indesejáveis aos auditores, que são: Influenciável, não saber ouvir, indisciplinado, não ter ética profissional, falador, desonesto, não ser objetivo, negligenciar o sigilo profissional, ser inflexível, ser “bom moço”. Afirma ainda que o auditor deve ter capacitação técnica para exercer a função de auditor, ter espírito investigativo e ter habilidade de comunicação verbal e escrita.

Juhás (2007) observa que até o ano de 1993 não existia uma legislação específica para à Odontologia de grupo. Em 25 abril de 1993, o CFO publica a resolução CFO – 185/93 (consolidação das normas para procedimentos nos conselhos e Odontologia), cujo capítulo IX rege sobre o funcionamento de entidade prestadora de assistência odontológica, e que obrigou qualquer modalidade de negócios na área odontológica (incluindo – se as

operadoras) a obter registro junto aos conselhos de Odontologia nas respectivas regionais. Em 1998, houve uma real diferenciação entre medicina e odontologia no que se refere aos planos de saúde com a sanção da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa Lei definiu precisamente as operadoras de seguros e planos privados de assistência à saúde, incluindo, nessa modalidade todas as pessoas jurídicas que venham a oferecer serviços médicos/odontológicos em troca de contraprestações pecuniárias, incluindo – se cooperativas médicas e odontológicas, entidades de auto – gestão e empresas de odontologia de grupo.

A Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Brasil (2000a), uma autarquia de “regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. No parágrafo único do art. 1º informa que se trata de uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia em decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Esta mesma Lei, através do art. 18 e regulamentada pela RDC nº 6 de 18/02/2000, Brasil (2000b), cria a taxa de saúde suplementar em cada registro de operadora, produto comercializado (planos), alteração de dados referente aos produtos, alteração de dados referente às operadoras e pedido de reajuste de contraprestações pecuniárias.

Desde a sua criação a ANS vêm criando atividades, normas e regulamentações para fiscalizar a gestão técnica e financeira das operadoras. A resolução RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001, Brasil (2001), revisada conforme a resolução normativa RN nº 29, de 01 de abril de 2003, Brasil (2003), instituiu o DIOPS/ANS, que é um documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde. Juhás (2007) afirma que o DIOPS fornece à ANS dados sobre a situação financeira da operadora e atualização constante sobre o número de seus beneficiários, permitindo um controle eficiente sobre a situação econômica das empresas. Isto posto, Rocha (2010) cita a existência, atualmente, de uma incoerência no mercado de saúde suplementar, especialmente na área odontológica na relação financeira entre CDs, usuários, e operadoras de planos odontológicos. Em 2009, o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de

Grupo (SINOG), veiculou na imprensa dados relevantes sobre a Odontologia no mercado de saúde suplementar. No ano de 2000, haviam por volta de 2 milhões de usuários de planos odontológicos, hoje são mais de 12 milhões, ou seja, 6,41% da população brasileira está coberta por um plano odontológico. No mesmo informativo, a maior operadora de planos exclusivamente odontológicos anunciou um aumento de 83% no seu lucro líquido ajustado, totalizando, por volta, de R\$ 157 milhões de receita líquida no primeiro trimestre de 2010, 79,7% acima do primeiro trimestre do ano anterior. Todavia, aos relevantes resultados econômicos das operadoras de planos odontológicos, vemos a classe odontológica esmagada por tabelas de honorários com baixos valores de remuneração, estando a ANS responsável por esta disparidade que tanto desvaloriza a classe odontológica, operadoras lucrando em abundância e CDs sendo precariamente remunerados por seus serviços de alta complexidade e responsabilidade.

6. CONCLUSÃO

Tendo em vista a revista da literatura e a análise dos dados é lícito concluir que:

a) Os procedimentos de dentística são responsáveis por 50,1% das glosas verificadas na amostra, sendo que as restaurações de uma face são as mais glosadas. Os procedimentos de Periodontia também se mostram com uma frequência relevante de glosas. Os outros procedimentos das outras especialidades representam os outros 30% das glosas. Em contra-partida, os procedimentos de cirurgia oral e endodontia tiveram um índice baixo de glosas, 1,6% e 1,0% respectivamente;

b) A auditoria clínica em todos os orçamentos solicitados por profissionais, é um procedimento que condenamos, pois os resultados nos mostraram a inviabilidade econômica deste procedimento, além de ser um procedimento muito burocrático para os usuários;

c) Após análise da literatura levantada, esclareceu-se que a ANS poderia interferir de forma mais rígida no mercado de Odontologia suplementar, equilibrando a relação financeira entre os CDs, usuários e operadoras de planos odontológicos.

7. REFERÊNCIAS

Angelleti RF. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões – dentistas (APCD) 1999;02(10): 26 - 30. [Acesso 2009 outubro 15]. disponível em: www.apcd.com.br.

Araujo A.M. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública(ENSP), Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Brasil. Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União 1998; 1998 junho 04. Seção 1, p.44.

Brasil. Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diário Oficial da União 2000; 2000a jan 29. Seção 1, p.104.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RDC nº 6, de 18 de fevereiro de 2000b. Dispõe sobre a taxa de saúde suplementar à ANS. Diário Oficial da União 2001; 2001 dez 27. Seção 2, p. 15.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001. Institui o documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde DIOPS/ANS. Diário Oficial da União 2001; 2001 fev 23. Seção 1, p. 20.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. RN nº 29, de 01 de abril de 2003. Revisou a RE nº1. Diário Oficial da União 2003; 2003 abr 03. Seção 1, p. 53.

Juhás R. Auditoria em Odontologia, 2º ed. São Paulo: Viart, 2007.

Melani RFH, coordenador. Curso de formação de auditores odontológicos. São Paulo: Fundecto –USP; 2009.

Mata JE, Martos EC, Anzaldi MACE. Auditoria Odontológica. Buenos Aires: Ediciones Dunken, 1996.

Mills CA. A auditoria da qualidade: uma ferramenta para avaliação constante e sistemática da manutenção da qualidade. São Paulo: Makron Books, 1994.

Noronha FM, Salles DMT. A ferramenta auditoria aplicada à Odontologia. *In*: Anais

do Congresso brasileiro de Administração de 2004.

Peres AS. Perícia de convênio odontológico [dissertação]. São Paulo: FO – USP; 1997.

Rocha AF. Onde está o retorno do CD? Revista do Conselho Regional do Rio de Janeiro 2010; 6(27) [acesso 2010 junho 10]. Disponível em : cro-rj.org.br/artigos.

Silva M. Compêndio de Odontologia Legal. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

Silva AA. Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico. Porto Alegre. 2003. [acessado 2009 Jan 12]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17704.asp.

8. ANEXOS

ANEXO 1:

Disponível em:

http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=1974&id_original=0

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 211, DE 11 DE JANEIRO DE 2010.

Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde e dá outras providências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem o § 4º do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, o inciso III do artigo 4º e inciso II do artigo 10, ambos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, a alínea “a” do inciso II do artigo 86 da Resolução Normativa – RN nº 197, de 16 de julho de 2009, em reunião realizada em 18 de dezembro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa, e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I

Do Objeto

Art. 1º Esta Resolução atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados de assistência a saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e

naqueles adaptados conforme a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, na forma do Anexo desta Resolução Normativa.

Parágrafo único. Atualiza-se também o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde de Alta Complexidade – PAC, definido, para fins de cobertura, como procedimentos extraídos do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, identificado no Anexo, que pode ser objeto de cobertura parcial temporária - CPT nos casos de doenças e lesões preexistentes - DLP, conforme o disposto em Resolução específica.

Art. 2º O Anexo desta Resolução lista os procedimentos e eventos de cobertura mínima obrigatória, respeitando-se a segmentação contratada.

Seção II

Dos Princípios de Atenção à Saúde na Saúde Suplementar

Art. 3º A atenção à saúde na saúde suplementar deverá observar os seguintes princípios:

- I - atenção multiprofissional;
- II - integralidade das ações respeitando a segmentação contratada;
- III - incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, bem como de estímulo ao parto normal;
- IV - uso da epidemiologia para monitoramento da qualidade das ações e gestão em saúde; e
- V - adoção de medidas que evitem a estigmatização e a institucionalização dos portadores de transtornos mentais, visando o aumento de sua autonomia.

Parágrafo único. Os princípios estabelecidos neste artigo devem ser observados em todos os níveis de complexidade da atenção, respeitando-se as segmentações contratadas, visando à promoção da saúde, à prevenção de riscos e doenças, ao diagnóstico, ao tratamento, à recuperação e à reabilitação.

Art. 4º Os procedimentos e eventos listados nesta Resolução Normativa e no seu Anexo poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais, respeitados os critérios de credenciamento,

referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de relação entre a operadora de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviço de saúde.

Parágrafo único. Os procedimentos listados nesta Resolução Normativa e no seu Anexo serão de cobertura obrigatória quando solicitados pelo médico assistente, conforme disposto no artigo 12 da Lei nº 9.656 de 1998, com exceção dos procedimentos odontológicos e dos procedimentos vinculados aos de natureza odontológica - aqueles executados por cirurgião-dentista ou os recursos, exames e técnicas auxiliares necessários ao diagnóstico, tratamento e prognóstico odontológicos - que poderão ser solicitados ou executados diretamente pelo cirurgião dentista.

CAPÍTULO II

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção Única

Das Coberturas Assistenciais

Art. 5º As operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão oferecer obrigatoriamente o plano-referência de que trata o artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998, podendo oferecer, alternativamente, planos ambulatorial, hospitalar, hospitalar com obstetrícia, odontológico e suas combinações, ressalvada a exceção disposta no § 3º do artigo 10 da Lei nº 9656, de 1998.

Art. 6º A participação de profissional médico anestesiológico nos procedimentos listados no Anexo desta Resolução terá sua cobertura assistencial obrigatória caso haja indicação clínica.

Art. 7º As ações de planejamento familiar de que trata o inciso III do artigo 35-C da Lei nº 9.656, de 1998, devem envolver as atividades de educação, aconselhamento e atendimento clínico previstas no Anexo desta Resolução, observando-se as seguintes definições:

I – planejamento familiar: conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal;

II– concepção: fusão de um espermatozóide com um óvulo, resultando na formação de um zigoto;

III- anticoncepção: prevenção da concepção por bloqueio temporário ou permanente da fertilidade;

IV- atividades educacionais: são aquelas executadas por profissional de saúde habilitado mediante a utilização de linguagem acessível, simples e precisa, com o objetivo de oferecer aos beneficiários os conhecimentos necessários para a escolha e posterior utilização do método mais adequado e propiciar a reflexão sobre temas relacionados à concepção e à anticoncepção, inclusive à sexualidade, podendo ser realizadas em grupo ou individualmente e permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo do grupo;

V – aconselhamento: processo de escuta ativa que pressupõe a identificação e acolhimento das demandas do indivíduo ou casal relacionadas às questões de planejamento familiar, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência

Adquirida - DST/AIDS e outras patologias que possam interferir na concepção/parto; e

VI – atendimento clínico: realizado após as atividades educativas, incluindo anamnese, exame físico geral e ginecológico para subsidiar a escolha e prescrição do método mais adequado para concepção ou anticoncepção.

Art. 8º Os procedimentos de transplante, no âmbito da prestação de serviços de saúde suplementar, deverão submeter-se à legislação específica vigente.

§ 1º Na saúde suplementar, os candidatos a transplante de órgãos e tecidos provenientes de doador cadáver deverão obrigatoriamente estar inscritos em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO e sujeitar-se-ão ao critério de fila única de espera e de seleção.

§ 2º As entidades privadas e equipes especializadas interessadas na realização de transplantes deverão observar o regulamento técnico – legislação vigente do Ministério da Saúde - que dispõe quanto à forma de autorização e cadastro junto ao Sistema Nacional de Transplante -SNT.

§ 3º São competências privativas das CNCDO, dentro das funções de gerenciamento que lhes são atribuídas pela legislação em vigor:

I - determinar o encaminhamento de equipe especializada; e

III - providenciar o transporte de tecidos e órgãos ao estabelecimento de saúde autorizado

em que se encontre o receptor.

Art. 9º A atenção prestada aos portadores de transtornos mentais deverá priorizar o atendimento ambulatorial e em consultórios, utilizando a internação psiquiátrica apenas como último recurso terapêutico e sempre que houver indicação do médico assistente.

Parágrafo único. Todos os procedimentos clínicos ou cirúrgicos decorrentes de transtornos mentais, inclusive aqueles necessários ao atendimento das lesões auto-infligidas, estão obrigatoriamente cobertos.

Art. 10. Os procedimentos necessários ao tratamento das complicações clínicas e cirúrgicas, decorrentes de procedimentos não cobertos, têm cobertura obrigatória quando constarem do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, respeitadas as segmentações e os prazos de carência e Cobertura Parcial Temporária – CPT.

Parágrafo único. Procedimentos necessários ao seguimento de eventos excluídos da cobertura, como internação em leito de terapia intensiva após transplante não coberto, não são considerados tratamento de complicações, mas parte integrante do procedimento inicial, não havendo obrigatoriedade de sua cobertura por parte das operadoras de planos de assistência à saúde.

Art. 11. Os procedimentos realizados por laser, radiofrequência, endoscopia, laparoscopia e demais escopias somente terão cobertura assegurada quando assim especificados no Anexo, de acordo com a segmentação contratada.

Parágrafo único. Todas as escopias listadas no Anexo têm igualmente assegurada a cobertura com dispositivos ópticos ou de vídeo para captação das imagens.

Art. 12. O atendimento deve ser assegurado independente da circunstância e do local de ocorrência do evento, respeitadas a segmentação, a área de atuação e abrangência, a rede de prestadores de serviços contratada, credenciada ou referenciada da operadora de plano privado de assistência à saúde e os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA e nas alíneas

“c”, “d” e “e” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Art. 14. Nos contratos de planos individuais ou familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais é obrigatória a cobertura dos procedimentos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, relacionados ou não com a saúde ocupacional e acidentes de trabalho, respeitadas as segmentações contratadas.

Art. 15. As operadoras de planos privados de assistência à saúde poderão oferecer, por sua iniciativa, cobertura maior do que a mínima obrigatória prevista nesta Resolução Normativa e no seu Anexo, inclusive medicação de uso oral domiciliar.

Subseção I

Do Plano-Referência

Art. 16. A cobertura assistencial de que trata o plano-referência compreende todos os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos e os atendimentos de urgência e emergência, na forma estabelecida no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998.

§ 1º São permitidas as seguintes exclusões assistenciais previstas no artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998:

I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aqueles que:

a) empregam medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;

b) são considerados experimentais pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou

c) cujas indicações não constem da bula/manual registrada na ANVISA (uso off-label);

II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;

III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;

IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;

V - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde importados não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

VI - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, ressalvado o disposto no artigo 13 desta Resolução Normativa;

VII – fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CITEC;

VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico;

IX – tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;

X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente; e

XI - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar.

§ 1º Prótese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido.

§ 2º Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico.

§ 3º A classificação dos diversos materiais utilizados pela medicina no país como órteses

ou próteses deverá seguir lista a ser disponibilizada e atualizada periodicamente no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Subseção II

Do Plano Ambulatorial

Art. 17. O Plano Ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou em ambulatório, definidos e listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, não incluindo internação hospitalar ou procedimentos para fins de diagnóstico ou terapia que, embora prescindam de internação, demandem o apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, ou serviços como unidade de terapia intensiva e unidades similares, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura de consultas médicas em número ilimitado em clínicas básicas e especializadas (especialidades médicas), inclusive obstétrica para pré-natal, reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina – CFM;

II - cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo procedimentos cirúrgicos ambulatoriais solicitados pelo médico ou cirurgião dentista assistente, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize como internação conforme preceitua o caput deste artigo;

III - cobertura de medicamentos registrados/regularizados na ANVISA, utilizados nos procedimentos diagnósticos e terapêuticos contemplados no Anexo e nos artigos desta Resolução Normativa;

IV – cobertura de consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e psicólogo de acordo com o estabelecido no Anexo desta Resolução Normativa e nas Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo artigo 22.

V - cobertura de psicoterapia de acordo com o número de sessões estabelecido no Anexo desta Resolução Normativa e nas Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo artigo 22, que poderá ser realizada tanto por psicólogo como por médico devidamente habilitados;

VI – cobertura dos procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo desta Resolução Normativa, que podem ser realizados tanto por fisiatra como por fisioterapeuta, em número ilimitado de sessões por ano;

- VII - cobertura das ações de planejamento familiar, listadas no Anexo desta Resolução, para segmentação ambulatorial;
- VIII - cobertura de atendimentos caracterizados como de urgência e emergência conforme resolução específica vigente sobre o tema;
- IX - cobertura de remoção, depois de realizados os atendimentos classificados como urgência ou emergência, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos pela unidade para a continuidade da atenção ao paciente ou pela necessidade de internação;
- X – cobertura de hemodiálise e diálise peritoneal - CAPD;
- XI – cobertura de quimioterapia oncológica ambulatorial, entendida como aquela baseada na administração de medicamentos para tratamento do câncer, incluindo medicamentos para o controle de efeitos adversos relacionados ao tratamento e adjuvantes que, independentemente da via de administração e da classe terapêutica necessitem, conforme prescrição do médico assistente, ser administrados sob intervenção ou supervisão direta de profissionais de saúde dentro de estabelecimento de Saúde;
- XII – cobertura dos procedimentos de radioterapia listados no Anexo desta Resolução para a segmentação ambulatorial;
- XIII – cobertura dos procedimentos de hemodinâmica ambulatoriais que prescindam de internação e de apoio de estrutura hospitalar por período superior a 12 (doze) horas, unidade de terapia intensiva e unidades similares e que estejam descritos no segmento ambulatorial do Anexo desta Resolução Normativa;
- XIV – cobertura de hemoterapia ambulatorial; e
- XV – cobertura das cirurgias oftalmológicas ambulatoriais listadas no Anexo desta Resolução.

§ 1º Para fins da cobertura prevista no inciso XI, definem-se adjuvantes como medicamentos empregados de forma associada aos quimioterápicos citostáticos com a finalidade de intensificar seu desempenho ou de atuar de forma sinérgica ao tratamento.

§ 2º Para fins de aplicação do artigo 10 da Lei nº 9.656, de 1998 é permitida, para a segmentação ambulatorial, a exclusão de:

I - procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;

II - quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e

III - embolizações.

Subseção III

Do Plano Hospitalar

Art. 18. O Plano Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, ressalvado o disposto no inciso X deste artigo, observadas as seguintes exigências:

I - cobertura, em número ilimitado de dias, de todas as modalidades de internação hospitalar;

II - quando houver previsão de utilização de mecanismos financeiros de regulação dispostos em contrato, para internações hospitalares, deve-se observar:

a) nos casos em que o contrato preveja co-participação ou franquia para internação, a mesma regra deve ser estabelecida para todas as especialidades médicas inclusive para as internações psiquiátricas; e

b) excepcionalmente, pode ser estabelecida co-participação, crescente ou não, somente para internações psiquiátricas, entretanto, esta só poderá ser aplicada quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no transcorrer de 1 (um) ano de contrato;

III – cobertura de hospital-dia para transtornos mentais, de acordo com as Diretrizes de Utilização na forma estabelecida pelo artigo 22;

IV - cobertura de transplantes listados no Anexo desta Resolução Normativa, e dos procedimentos a eles vinculados, incluindo:

a) as despesas assistenciais com doadores vivos;

b) os medicamentos utilizados durante a internação;

c) o acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio, exceto medicamentos de manutenção; e

d) as despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos na forma de ressarcimento ao SUS;

V - cobertura do atendimento por outros profissionais de saúde, de forma ilimitada durante o período de internação hospitalar, quando indicado pelo médico assistente;

VI – cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Anexo desta Resolução;

VII - cobertura das despesas relativas a um acompanhante, que incluem:

a) acomodação e alimentação necessárias à permanência do acompanhante, para crianças e adolescentes menores de 18 anos;

b) acomodação e alimentação, conforme indicação do médico ou cirurgião dentista assistente e legislações vigentes, para acompanhantes de idosos a partir do 60 anos de idade, e pessoas portadoras de deficiências.

VIII - cobertura dos procedimentos cirúrgicos buco-maxilo-faciais listados no Anexo desta Resolução, para a segmentação hospitalar, conforme disposto no artigo 4º desta Resolução Normativa, incluindo a solicitação de exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem, alimentação, órteses, próteses e demais materiais ligados ao ato cirúrgico utilizados durante o período de internação hospitalar;

IX – cobertura da estrutura hospitalar necessária à realização dos procedimentos odontológicos passíveis de realização ambulatorial, mas que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar, incluindo exames complementares e o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação utilizados durante o período de internação hospitalar;

X - cobertura obrigatória para os seguintes procedimentos considerados especiais cuja necessidade esteja relacionada à continuidade da assistência prestada em nível de internação hospitalar:

a) hemodiálise e diálise peritonial - CAPD;

b) quimioterapia oncológica ambulatorial, como definida no artigo 17, inciso XI, desta Resolução;

c) procedimentos radioterápicos previstos no Anexo desta Resolução para as segmentações

- ambulatorial e hospitalar;
- d) hemoterapia;
- e) nutrição parenteral ou enteral;
- f) procedimentos diagnósticos e terapêuticos em hemodinâmica descritos no Anexo desta Resolução Normativa;
- g) embolizações listadas no Anexo desta Resolução Normativa;
- h) radiologia intervencionista;
- i) exames pré-anestésicos ou pré-cirúrgicos;
- j) procedimentos de reeducação e reabilitação física listados no Anexo desta Resolução Normativa; e
- k) acompanhamento clínico no pós-operatório imediato e tardio dos pacientes submetidos aos transplantes listados no Anexo, exceto fornecimento de medicação de manutenção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso III deste artigo, entende-se hospital-dia para transtornos mentais como recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que deve desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação convencional, e proporcionando ao beneficiário a mesma amplitude de cobertura oferecida em regime de internação hospitalar.

§ 2º Para fins do disposto no inciso VI deste artigo, deve ser observado o seguinte:

I - cabe ao médico ou cirurgião dentista assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Anexo desta Resolução Normativa;

II - o profissional requisitante deve, quando assim solicitado pela operadora de plano privado de assistência à saúde, justificar clinicamente a sua indicação e oferecer pelo menos 03 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas; e

III - em caso de divergência entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora.

§ 3º Para fins do disposto no inciso IX deste artigo, o imperativo clínico caracteriza-se pelos atos que se impõem em função das necessidades do beneficiário, com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção.

§ 4º Ainda para fins do disposto no inciso IX deste artigo:

- I - em se tratando de atendimento odontológico, o cirurgião-dentista assistente e/ou o médico assistente irá avaliar e justificar a necessidade do suporte hospitalar para a realização do procedimento odontológico, com o objetivo de garantir maior segurança ao paciente, assegurando as condições adequadas para a execução dos procedimentos, assumindo as responsabilidades técnicas e legais pelos atos praticados; e
- II - os honorários do cirurgião-dentista e os materiais odontológicos utilizados na execução dos procedimentos odontológicos ambulatoriais que, nas situações de imperativo clínico, necessitem ser realizados em ambiente hospitalar, não estão incluídos na cobertura da segmentação hospitalar e plano referência.

Subseção IV

Do Plano Hospitalar com Obstetrícia

Art. 19. O Plano Hospitalar com Obstetrícia compreende toda a cobertura definida no artigo 18 desta Resolução, acrescida dos procedimentos relativos ao pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, observadas as seguintes exigências:

- I – cobertura das despesas, conforme indicação do médico assistente e legislações vigentes, relativas a um acompanhante indicado pela mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme assegurado pela Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, ou outra que venha substituí-la;
- II - cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto; e
- III – opção de inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou adoção.

§ 1º Para fins do disposto no inciso I deste artigo, entende-se pós-parto imediato como as primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o parto.

§ 2º Para fins de cobertura do parto normal listado no Anexo , este procedimento poderá ser realizado por enfermeiro obstétrico habilitado, conforme legislação vigente, de acordo com o artigo 4º desta Resolução.

Subseção V

Do Plano Odontológico

Art. 20. O Plano Odontológico compreende a cobertura de todos os procedimentos listados no Anexo desta Resolução Normativa para a segmentação odontológica.

§ 1º Os procedimentos buco-maxilo-faciais que necessitem de internação hospitalar não estão cobertos pelos planos odontológicos, porém têm cobertura obrigatória no plano de segmentação hospitalar e plano-referência.

§ 2º Nas situações em que, por imperativo clínico, o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas os materiais odontológicos e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo para a segmentação odontológica deverão ser cobertos pelos planos odontológicos.

CAPÍTULO III

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 21. O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde deverá ser revisto periodicamente a cada 2 (dois) anos, podendo ser atualizado a qualquer tempo, segundo critérios da ANS.

Art. 22. As Diretrizes de Utilização (DUT) e as Diretrizes Clínicas (DC) que definirão critérios para a obrigatoriedade de cobertura de alguns procedimentos listados no Anexo desta Resolução Normativa serão previstas em Instrução Normativa da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO a ser publicada para este fim.

Art. 23. Esta Resolução Normativa, bem como seu Anexo estarão disponíveis para consulta e cópia no endereço eletrônico da ANS na Internet (www.ans.gov.br).

Art. 24. Ficam revogadas a RN nº 192, de 27 de maio de 2009, RN nº 167, de 9 de janeiro de 2008, RN nº 154, de 5 de junho de 2007, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 11, de 4 de novembro de 1998, CONSU nº12, de 4 de novembro de 1998.

Art. 25. Esta resolução entra em vigor no dia 7 de junho de 2010.

ALFREDO LUIZ DE ALMEIDA CARDOSO

Diretor – Presidente Substituto

ANEXO 2:

Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/portal/upload/roldeprocedimentos/Procedimentos%20incluídos%20-%20Segmentação%20Odontológica.pdf>

Procedimentos Odontológicos incluídos no novo “Rol de procedimentos” exigidos pela ANS, através da RN 211 de 11 de janeiro de 2010.

Procedimentos incluídos SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

	Procedimento	Descrição
1.	Condicionamento em odontologia *	Consultas de adaptação (até três sessões/ano) para os beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo.
2.	Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para prepário de RMF (restauração metálica fundida) *	Procedimento de caráter provisório em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto antes da restauração definitiva.
3.	Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila *	Remoção de pequenos cistos da mandíbula e / ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.
4.	Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) *	Exame radiográfico tipo panorâmico como auxílio diagnóstico pré e/ou pós procedimento cirúrgico.
5.	Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buço-maxilo-facial	Obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos da região buço maxilo facial , com o uso de uma agulha de pequeno calibre ou a partir da coleta de raspado.

6.	Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato *	Restauração com coroa feita do material acetato, aço ou policarbonato em dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e/ou dentes permanentes em pacientes não cooperativos / de difícil manejo.
7.	Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética *	Restauração unitária com coroa total feita do material cerômero em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.
8.	Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética *	Restauração unitária com coroa total feita de material metálico em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto.
9.	Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética *	Restauração com pino feito de material metálico (núcleo metálico fundido) / pino pré-fabricado (núcleo pré- fabricado) em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.
10.	Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética *	Cobertura para bloco (restauração) de metal em dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

Procedimento

Descrição

- | | | |
|-----|--|---|
| 11. | Redução de luxação da ATM * | <p>Caracteriza-se por luxação da ATM (articulação temporo-mandibular) quando na abertura máxima da boca ocorre o deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular e o paciente não é capaz de realizar a reposição da mandíbula (fechar a boca) sem ajuda.</p> <p>A cobertura da redução da luxação consiste no reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular, quando sua realização for passível em ambiente ambulatorial.</p> |
| 12. | Teste de fluxo salivar | <p>É um teste em que se observa a saliva com relação o volume secretado sob estímulo mecânico (que é o fluxo salivar).</p> |
| 13. | Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais * | <p>Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e cavidade nasal (fístula buco-nasal) e da comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar (fístula bucosinusal), quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.</p> |
| 14. | Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/ cartilaginosos na mandíbula/maxila * | <p>Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento</p> |

em ambiente ambulatorial.

- | | | |
|-----|---|---|
| 15. | Tratamento
cirúrgico de tumores
benignos e hiperplasia
de tecidos moles na
mandíbula/maxila * | Tratamento
cirúrgico do crescimento
anormal de células benignas
(tumor) e do aumento do
número de células
(hiperplasia) de tecidos moles
da mandíbula ou maxila,
quando a localização e
características da lesão
permitirem a realização do
procedimento em ambiente
ambulatorial. |
| 16. | Tratamento
cirúrgico de tumores
benignos odontogênicos
sem reconstrução * | Tratamento
cirúrgico, sem reconstrução,
do crescimento anormal de
células benignas originadas
dos tecidos e formadores do
dente, quando a localização e
características da lesão
permitirem a realização do
procedimento em ambiente
ambulatorial. |

* com Diretriz de Utilização

ANEXO 3:

Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/cursos-de-habilitacoes/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=193>

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

RESOLUÇÃO CFO-20/2001

Normatiza Perícias e Auditorias Odontológicas em Sede Administrativa.

O Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971, e considerando que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia têm por finalidade a supervisão da ética profissional em todo território nacional, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

Considerando que cabem ao Conselho Federal de Odontologia e aos Conselhos regionais de Odontologia, ainda, como órgãos de seleção, a disciplina e a fiscalização da Odontologia em todo País, a defesa do livre exercício da profissão, bem como o julgamento das infrações à lei e à ética;

Considerando que o crescimento do mercado de operadoras de planos de saúde, intermediadoras e congêneres e a mudança da relação profissional/paciente vêm aumentando o número de demandas éticas nos Conselhos Regionais envolvendo a atividade dos auditores;

Considerando a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos odontológicos pelos serviços contratantes de saúde;

Considerando que a auditoria do ato odontológico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

Considerando que a auditoria e/ou perícia odontológica caracteriza(m)-se como ato(s) odontológico(s), por exigir(em) conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

Considerando que um dos deveres fundamentais dos cirurgiões-dentistas é zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

Considerando que o cirurgião-dentista investido da função de auditor e/ou perito encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Odontológica, em especial o constante nos artigos 5º, 6º, 8º, 9º, 10 e 11;

Considerando que muitas demandas cíveis são originadas por inobservâncias as normas éticas, que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, visto que já foi consolidado junto ao Superior Tribunal de Justiça decisão responsabilizando solidariamente o cirurgião-dentista, a empresa prestadora de serviço e, conseqüentemente, o auditor que presta serviço para empresa responsável;

Considerando que perícia é um termo jurídico que se refere à área cível, criminal, e trabalhista;

Considerando que para resolução de alguns problemas éticos odontológicos é necessária a realização de perícia administrativa;

RESOLVE:

Art. 1º. Esta Resolução estatui as normas que definem a função e regulamenta as atividades dos peritos/auditores, concernentes à ética profissional odontológica.

Art. 2º. Considera-se perito o profissional que auxilia a decisão judicial e administrativa, por solicitação da autoridade judiciária ou por designação do conselho, fornecendo laudo-técnico detalhado, realizado através de perícia, com a verificação de exames clínicos, radiográficos, digitalizados, fotografias, modelos de arcos dentais, exames complementares e outros que auxiliarão na descrição de laudo-técnico, com absoluta imparcialidade, indicando sempre a fonte de informação que o amparou.

Art. 3º. São atribuições específicas do perito, devidamente nomeado, executar o laudo-técnico com absoluta isenção e imparcialidade, responder os quesitos formulados de forma objetiva, abster-se de emitir opiniões pessoais, reportar-se sempre a fundamentos científicos e citando a sua fonte.

Art. 4º. Considera-se auditor o profissional concursado ou contratado por empresa pública ou privada, que preste serviços odontológicos e necessite de auditoria odontológica permanente para verificação da execução e da qualidade técnica-científica dos trabalhos realizados por seus credenciados.

Art. 5º. São atribuições específicas do auditor seguir as normas técnicas administrativas da empresa em que presta serviço, observar se tais normas estão de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, recusando-se a cumpri-las caso estejam em desacordo com o Código de Ética Odontológica.

§ 1º. Aplicar medidas técnicas e administrativas que visem corrigir a cobrança de procedimentos odontológicos indevidos ou equivocados com avaliação da exatidão e procedência dos valores e serviços apresentado para o pagamento (auditoria corretiva).

§ 2º. Efetuar auditoria prévia, quando a empresa assim o determinar e analisar o plano de tratamento proposto inicialmente, guardando cópia em arquivo próprio.

§ 3º. Efetuar auditoria final, verificando se o resultado, proposto inicialmente no plano de tratamento, foi alcançado.

§ 4º. Assessorar a operadora em todas as questões legais e administrativas, que se relacionam com o programa de assistência odontológica, e analisar críticas, reclamações, sugestões, reivindicações dos usuários, das operadoras e da rede prestadora (elo técnico administrativo).

Art. 6º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar, através de relatório, a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

§ 1º. É vedado ao cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa, conforme previsto no Código de Ética Odontológica, ou dever legal.

§ 2º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

§ 3º. Poderá o cirurgião-dentista na função de auditor solicitar por escrito, ao cirurgião-dentista assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Art. 7º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

§ 1º. Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário odontológico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da perícia ou auditoria.

§ 2º. O cirurgião-dentista, na função de auditor ou perito, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou do seu representante legal e/ou do seu cirurgião-dentista assistente.

Art. 8º. O cirurgião-dentista, no exercício de auditoria ou perícia, deverá estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Odontologia, comunicando ao CRO, da jurisdição onde ocorrer a prestação do serviço, seu exercício quando eventual.

Art. 9º. As empresas que prestam serviços de auditoria e/ou perícia e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 10. Na função de auditor ou perito, o cirurgião-dentista deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 11. O cirurgião-dentista, na função de auditor ou perito, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 12. O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao cirurgião-dentista/ equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários, sob pena de responder ética ou administrativamente pela omissão.

Art. 13. O cirurgião-dentista, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na execução do serviço no paciente, deve comunicar o fato por escrito ao cirurgião-dentista assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Parágrafo único. É vedado ao cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, transferir sua responsabilidade a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 14. Não compete ao cirurgião-dentista, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao cirurgião-dentista assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência odontológica.

Art. 15. Fica estabelecido que é primordial à função de perito/auditor conhecimento técnico e humanístico, formação moral, discrição, idoneidade, imparcialidade, moderação e dignidade profissional em todas as circunstâncias, evitando fazer qualquer comentário perante colegas e terceiros a respeito do trabalho auditado/periciado, ficando sujeito o infrator às penas do Código de Ética Odontológica.

Art. 16. É vedado ao perito/auditor fazer, perante o usuário, comentários ou observações sobre os serviços executados, ou indicar a este, outro profissional para realizar o tratamento.

Art. 17. As observações em casos de restrições a determinados procedimentos serão feitas através do contato do perito/auditor com o cirurgião-dentista assistente, pessoalmente ou por correspondência assinada e em envelope lacrado, de forma codificada, para que seja preservado o sigilo.

Art. 18. Cabe ao perito/auditor glosar serviços propostos ou executados, quando não atenderem às restrições observadas ou estabelecidas como norma pela empresa, devidamente justificados.

Art. 19. Não é compatível o exercício da função de perito/auditor quando o cirurgião-dentista for, por si ou através de empresa prestadora de atenção odontológica da qual faça parte, conveniado ou credenciado da empresa contratante.

Art. 20. Fica vedado ao cirurgião-dentista prestar serviços de auditoria à empresa não inscrita no CRO da jurisdição em que estiver exercendo suas atividades.

Parágrafo Único. Deve o profissional informar ao CRO da jurisdição a existência de empresa prestadora de serviços odontológicos sem inscrição no Conselho.

Art. 21. O perito, quando nomeado pelo Judiciário ou órgão administrativo, deve informar, previamente, o custo da perícia, solicitando inclusive que seja efetuado um depósito prévio, em conta judicial ou administrativa, para que sirva de garantia ao recebimento de seus honorários.

Parágrafo Único. A critério do CRO, por ato de seu Presidente, serão resolvidas as questões referentes às perícias de caráter social e beneficente.

Art. 22. O cirurgião-dentista, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 23. A critério do CRO, por ato de seu presidente, poderá ser constituída comissão especial para analisar e dirimir, se possível, as dúvidas éticas suscitadas entre o perito/auditor e o cirurgião-dentista assistente.

Art. 24. A codificação a ser usada pelo perito/auditor em sua comunicação com o cirurgião-dentista assistente utilizará o código de

procedimentos da CNCC, o sistema dígito dois de identificação dentária, a especificação da face do elemento dentário pelas letras que as designam e pelas três primeiras letras do verbo que determinar a intervenção.

Art. 25. Esta Resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, inclusive àquelas no âmbito do SUS.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2001.

MARCOS LUIS MACEDO DE SANTANA CD MIGUEL ÁLVARO SANTIAGO
NOBRE,

SECRETÁRIO-GERAL

PRESIDENTE.

ANEXO 4:

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO		
O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Auditoria odontológica: Aspectos relacionados ao gerenciamento de dados e custos operacionais", protocolo nº 066/2009, dos pesquisadores Daniel Pereira Parreiras de Bragança e Dagmar de Paula Queluz, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 10/06/2009.		
The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Odontology audit: related aspects of data management and operational expense", register number 066/2009, of Daniel Pereira Parreiras de Bragança and Dagmar de Paula Queluz, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at.		
		
Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas Secretário CEP/FOP/UNICAMP	Prof. Dr. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.		

ANEXO 5:

Ficha clínica na qual foi realizada a coleta dos dados desta pesquisa.

[illegible]