LUIZ SCHIAVOLIN NETO

200606608

CONVÊNIOS E COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO: UMA ANÁLISE OPERACIONAL

PIRACICABA
2005

LUIZ SCHIAVOLIN NETO

CONVÊNIOS E COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO PAULO: UMA ANÁLISE OPERACIONAL

A study of dental corporative and convention established in the Metropolitan Region of São Paulo , Brazil

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do Título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim.

Banca Examinadora:
Prof. Dr. Arsênio Sales Peres
Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim
Prof. Dra. Rosana de Fátima Possobon

Este exemplar foi devidamente corrigido, de acordo com a resolução CCPG 036/83.
CPG, 20/03/06
Assinatura do Orientador

PIRACICABA
2005

UNIDADE BC
Nº CHAMADA
V EX
TOMBO BC 67712
PROC. 16.123-06
C ☐ D ☒
PREÇO 11,00
DATA 29/03/06

Ficha Catalográfica

Schiavolin Neto, Luíz
Convênio e cooperativas odontológicas na região metropolitana de São Paulo: uma análise operacional. Luiz Schiavolin Neto. – Piracicaba, S.P. [s.n.], 2005.
x, f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo de Castro Meneghim.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Convênios. 2. Cooperativas. 3. Saúde Pública. I. Meneghim, Marcelo de Castro. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de MESTRADO PROFISSIONALIZANTE, em sessão pública realizada em 16 de Dezembro de 2005, considerou o candidato LUIZ SCHIAVOLIN NETO aprovado.

PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM

PROF. DR. ARSENIO SALES PERES

PROFa. DRa. ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

DEDICO ESTE TRABALHO À MINHA FAMÍLIA, EM ESPECIAL A MEU PAI GUERINO SCHIAVOLIN (*IN MEMORIA*).

À MINHA MÃE APARECIDA, FONTE DE MINHA EXISTÊNCIA, MODELO DE RETIDÃO.

A MEU FILHO DIMITRI, RAZÃO DE MINHA LUTA, COMPANHEIRO NOS MOMENTOS MAIS DIFÍCEIS.

A MINHA ESPOSA FÁTIMA, PELA PACIÊNCIA.

AGRADEÇO

À UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, NA PESSOA DO MAGNÍFICO REITOR, PROF. DR. JOSÉ TADEU JORGE E À FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, POR MEIO DO DIRETOR PROF. DR. THALES ROCHA DE MATTOS FILHO, ONDE TIVE A OPORTUNIDADE DE DAR UM IMPORTANTE RUMO AO MEU CRESCIMENTO CIENTÍFICO E PROFISSIONAL.

AO PROF. DR. PEDRO LUIZ ROSALEN, COORDENADOR DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, PELA COMPETÊNCIA ADMINISTRATIVA.

AO PROF. DR. MARCELO DE CASTRO MENEGHIM, QUE PRESTOU PRECIOSAS INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO.

AO PROF. DR. ANTÔNIO CARLOS PEREIRA, COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA SOCIAL DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA, PELA CONFIANÇA DEPOSITADA EM MIM.

À PROFª DRª GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO, POR SUA ENORME DISPONIBILIDADE.

AOS PROFESSORES DAGMAR E EDUARDO, QUE AJUDARAM NA QUALIFICAÇÃO E MUITO CONTRIBUÍRAM NA CORREÇÃO.

ÀS PESSOAS QUE PARTICIPARAM DESSA CAMINHADA, CONTRIBUINDO PARA A REALIZAÇÃO DESTE TRABALHO, DIRETA OU INDIRETAMENTE, MEU AGRADECIMENTO.

QUANDO A CIÊNCIA NÃO COMPROVADA SE TORNA PUBLICIDADE, ALGUMAS PESSOAS FICAM RICAS E O RESTO É ROUBADO.

Jeffrey Prince
(Pesquisador do Instituto Americano de pesquisa sobre o câncer)

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS IX
LISTA DE TABELAS XI
RESUMO 01
ABSTRACT 02
1 INTRODUÇÃO 03
2 REVISÃO DA LITERATURA 07
2.1 COOPERATIVAS E COOPERATIVISMO 07
2.1.1 HISTÓRICO DO COOPERATIVISMO 09
2.1.2 TIPOS DE COOPERATIVAS 09
2.1.3 ESTRUTURA DAS COOPERATIVAS 11
2.1.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE UMA COOPERATIVA 12
2.1.5 COOPERATIVISMO E DESEMPREGO 13
2.1.6 COOPERATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO 16
2.1.7 PROCESSO SIMPLIFICADO DE UMA COOPERATIVA 17
2.1.8 AS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS 18
2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR 18
2.2.1 CONVÊNIOS E PLANOS DE SAÚDE 18
2.2.2 HISTÓRICO DOS PLANOS E CONVÊNIOS DE SAÚDE NO BRASIL 19
2.2.3 SAÚDE SUPLEMENTAR: HISTÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA 20
3 PROPOSIÇÃO 30
4 MATERIAIS E MÉTODOS 31
4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS 31
4.2 LOCAL DO ESTUDO 31
4.3 AMOSTRA 31
4.4 DESENVOLVIMENTO 32
4.5 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS 32
5 RESULTADOS 33
6 DISCUSSÃO 42
7 CONCLUSÃO 54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56
ANEXOS 62

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABC – Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul

ABH – Associação Brasileira de Hospitais

ABO – Associação Brasileira de Odontologia

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo

ACI – Aliança Cooperativa Internacional

AMB – Associação Médica Brasileira

ANS – Agência Nacional de Saúde

ANSS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BMF – Buco Maxilo Facial

CAP – Caixa de Aposentadorias e Pensões

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplemenar

CRO – Conselho Regional de Odontologia

CROSP – Conselho Regional de Odontologia de São Paulo

DESAS – Departamento de Saúde Suplementar

FBH – Fundação Brasileira de Hospitais

FIO – Federação Interestadual dos Odontologistas

FNO – Federação Nacional dos Odontologistas

FOP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPAO – Instituto de Previdência de Assistência Odontológica

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

MP – Medida Provisória

OCA – Organização das Cooperativas da América

OCB – Organização das Cooperativas Brasileira

OCESP – Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo

OMS – Organização Mundial de Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

PPA – Plano de Pronta Ação

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SDS – Superintendência de Desenvolvimento Social

SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SINOG – Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

R.M.S.P – Região Metropolitana de São Paulo

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TST – Tribunal Superior do Trabalho

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

UNIODONTO – Sistema Nacional de Cooperativas Odontológicas

UNIODONTO Paulista – Federação das Cooperativas Odontológicas do Estado de São Paulo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tempo de funcionamento e número de usuários da amostra de Convênios e Cooperativas da R.M.S.P. página 33

Tabela 2. Número médio de cirurgiões-dentistas credenciados e cooperados, segundo o tipo de situação profissional. página 33

Tabela 3. Perfil do tipo de serviço prestado nos convênios e cooperativas estudadas da R.M.S.P. página 34

Tabela 4. Prazo para o reembolso do cirurgião dentista pelo serviço prestado nos convênios. página 35

Tabela 5. Análise operacional dos convênios e cooperativas estudadas da R.M.S.P. página 35

Tabela 6. Principais especialidades odontológicas oferecidas aos usuários de Convênios e Cooperativas na Região Metropolitana de São Paulo, 2005. página 36

Tabela 7. Procedimentos mais realizados pelos profissionais junto aos Convênios e Cooperativas Odontológicas na Região Metropolitana de São Paulo, 2005. página 37

RESUMO

No Brasil, a assistência odontológica obedece a uma prática predominantemente privada, curativa e socialmente excludente, sendo que a maior parte da população tem acesso limitado ao sistema público. Diante disso, as demandas pelo atendimento odontológico em Convênios e Cooperativas têm crescido significativamente. Neste estudo, faz-se uma análise operacional desses sistemas na Região Metropolitana de São Paulo, com a finalidade de entender e conceituar sua dinâmica. Do total de 96 Convênios e 8 Cooperativas existentes na localidade, foram estudados, por meio de aplicação de questionários semi-estruturados, 21% (n=20) dos Convênios e 100% das Cooperativas (n=8). O estudo revelou forte ligação dos cirurgiões-dentistas com os sistemas, apontando os seguintes resultados: (a) as Cooperativas têm mais usuários e mais profissionais credenciados do que os Convênios, com tempo de funcionamento também maior; (b) o número de profissionais especialistas e de especialistas/clínicos-gerais é maior nos Convênios, mas as Cooperativas oferecem maior número de especialidades; (c) os critérios predominantes para credenciamento em Convênios e Cooperativas são o aumento do número de usuários e a necessidade de novas especialidades; (d) o principal motivo para a rescisão de contrato do profissional é o descumprimento das normas internas; (e) 75% dos reembolsos nos Convênios é feito após a conclusão do trabalho; (f) nos Convênios os usuários têm acesso ao atendimento em sede própria e locais credenciados e nas Cooperativas somente em locais credenciados; (g) menos da metade dos Convênios e Cooperativas realiza fiscalização nos consultórios; (h) as especialidades odontológicas oferecidas por todos os Convênios e Cooperativas são: dentística, odontopediatria, prevenção, periodontia e endodontia; (i) procedimentos mais realizados nos dois sistemas: dentística e periodontia; (j) procedimentos menos realizados: implantes, semiologia e cirurgia buco-maxilo facial. Conclui-se que o sistema operacional das Cooperativas favorece mais o cirurgião dentista do que os Convênios odontológicos, facilitando o acesso ao sistema e melhor participação nos resultados.

Palavras-chave: Odontologia; Saúde suplementar; Convênios; Cooperativas.

ABSTRACT

In Brazil, the odontological assistance obeys one practical predominantly private, curative and socially exculpatory one, being that most of the population has access limited to the public system. Ahead of this, the demands for the odontological attendance in Accords and Cooperatives have grown significantly. In this study, an operational analysis of these systems in the Region becomes Metropolitan of São Paulo, with the purpose to understand and to appraise its dynamics. Of the total of 96 Accords and 8 existing Cooperatives in the locality, they had been studied, by means of application of half-structuralized questionnaires, 21% (n=20) of Accords and 100% of the Cooperatives (n=8). The study it disclosed to fort linking of the surgeon-dentists with the systems, pointing the following results: (a) the Cooperatives have credential using and more professional more that the Accords, with time of also bigger functioning; (b) the number of professional specialists and specialist/generalities is bigger in the Accords, but the Cooperatives offer to greater number of specialties; (c) the predominant criteria for accredit in Accords and Cooperatives are the increase of the number of users and the necessity of new specialties; (d) the main reason for the contract rescission is the unaccomplished of the internal norms; (e) 75% of the reimbursements in the Accords is after made the ending of the work; (f) in the Accords the users only have credential access to the attendance in proper headquarters and places and the Cooperatives in credential places; (g) less of the half of the Accords and Cooperatives carries through to examine in the doctor's offices; (h) the odontological specialties offered by all the Accords and Cooperatives are: dentist, pediatric odontology, prevention, periodontal and endodontical; (i) carried through procedures more in the two systems: dentist and periodontal; (j) carried through procedures less: implantations, semiology and face odontological chirurgic. One concludes that the operational system of the Cooperatives is better for the surgeon - dentist.

Word-key: Odontological; Supplementary health; Accords; Cooperatives.

1.INTRODUÇÃO

O que mais te aborrece na odontologia?

Primeira convenção de defesa da classe odontológica (Jornal da APCD – Dezembro de 2004)

1º - Impostos e taxas – 23,58%

2º - Convênios Odontológicos – 21,23%

A assistência odontológica no Brasil obedece a uma prática predominantemente privada, curativa e socialmente excludente, em que grande parte do tempo e do dinheiro gasto com saúde bucal vem do setor privado, sendo que a maioria da população tem acesso limitado ao sistema. (Barbosa, 2003)

Os investimentos financeiros em Odontologia para a população brasileira ainda são baixos. Por isso, Barbosa (2003) sustenta que as metas para se assegurar o direito de um atendimento de qualidade, tanto no setor público quanto no privado, devem se concentrar num excelente planejamento estratégico por parte dos tomadores de decisões e gestores, uma vez que, conforme descreve o autor, estima-se que cerca de trinta milhões de brasileiros nunca obtiveram nenhum tipo de tratamento odontológico.

Diante das necessidades percebidas, profissionais e empresários do setor deveriam atuar no cumprimento das normas estabelecidas, tanto pelo Novo Código Civil, pelo Código de Ética Odontológica e Código de Defesa do Consumidor.

A finalidade de qualquer sistema de saúde é contribuir para melhorar a eficiências dos serviços prestados e resultar na equidade dos mesmos. Assim, segundo Travaglini (2003), as Cooperativas Odontológicas surgiram como respostas aos problemas e irregularidades cometidas por determinados Convênios Odontológicos, principalmente no que se refere aos aspectos éticos e legais da relação entre as Operadoras e os profissionais credenciados. Conforme relatam Grec, Daruge e Daruge Jr. (1998), essas irregularidades referem-se a infrações de vários artigos do Código de Ética Odontológica, estando ainda em desacordo com a regulamentação do Conselho Federal de Odontologia, e com os dispositivos contidos no Código de Defesa do Consumidor. Dessa forma, segundo os

autores, os Convênios encontravam-se irregulares e ilegais em diversos itens relativos à atividade odontológica, sendo os principais aspectos em desacordo com a legislação referentes à inscrição, presença do cirurgião-dentista na entidade, indução a comportamento antiético, perícias e divulgação do cirurgião-dentista referenciado.

Travaglini (2003) descreve que as Cooperativas Odontológicas se diferenciam em diversos aspectos dos Convênios. O principal diz respeito à participação de cada cooperado, por meio do voto, nas iniciativas da entidade. Nela, o cirurgião-dentista tem a possibilidade de trabalhar para uma empresa da qual ele mesmo é cooperado, sócio, podendo tomar decisões em assembléias, diferentemente do que ocorre nos Convênios, onde o profissional é um credenciado prestador de serviços. Soma-se a isso que as Cooperativas não visam lucro, pois apenas deduzem as despesas administrativas e repassam aos profissionais cooperados um valor maior pelos serviços prestados em comparação aos Convênios.

O número de Convênios e de Operadoras de Planos Odontológicos em todo o Brasil cresce rapidamente. Conseqüentemente, o atendimento odontológico também alcança um volume cada vez mais expressivo. De acordo com Grec, Daruge & Daruge Jr. (1998), em 1998 existiam cerca de 2,5 milhões de usuários atendidos por planos odontológicos, sendo estimado pelos autores que ao final de 2005 este número chegaria a 4,5 milhões de usuários.

De outro lado, segundo dados da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), existem atualmente cerca de 7.355 associações cooperativas espalhadas pelo Brasil, gerando mais de 182 mil empregos em diversas áreas. Aproximadamente seis milhões de cooperados se encontram envolvidos nessa cultura de geração de renda compartilhada.

Contudo, apenas nos EUA, as cooperativas representam mais de 30% do PIB, ou seja, algo em torno de U$ 4 trilhões. Na Europa, a participação no setor produtivo é também relevante, atingindo 25% do PIB. No Brasil, a participação não atinge 10% do PIB.

O que torna o cooperativismo atraente em outros países, se comparado ao Brasil, é o conhecimento do associativismo e a própria cultura dessas nações. Magera

(2005) acredita que o Brasil poderia ter algo em torno de trinta mil cooperativas e cerca de trinta e cinco milhões de cooperados, ou seja, 30% do PIB ou mais. O mercado brasileiro, segundo ele, tem potencial para isso.

Na área odontológica, estima-se que exista cerca de três milhões de usuários. Porém, este número ainda é pequeno quando comparado às Cooperativas médicas, que somam mais de onze milhões de usuários. Segundo Travaglini (2003), existem mais de 380 mil cirurgiões-dentistas cooperados nas 880 cooperativas de saúde no Brasil.

De acordo com dados da pesquisa realizada em 2003 pela Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), que divulgou o perfil do cirurgião-dentista conveniado ou cooperado, constatou-se que cerca de 48% dos profissionais trabalham vinculados aos Convênios, atuando principalmente na Região Sul (60,7%), e apenas 14,7% integram o quadro das Cooperativas espalhadas pelo país (FIO/CFO/ABO/FNO, 2003).

Segundo Rochael (2004), a entrada em vigor da Lei nº 9.656 do Ministério da Saúde, que determina que todas as empresas que intermediam o atendimento odontológico registrem-se nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) e na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), entidade que fiscaliza e autoriza as mudanças estruturais nos planos de saúde, ofereceu à categoria odontológica, um instrumento eficaz para proteger profissionais e usuários, uma vez que os Conselhos de Odontologia ganharam mais poder na defesa da classe e da população contra os abusos cometidos por entidades que prestam serviços de assistência odontológica.

Conforme ressalta Zárate (2004), além de cumprir os aspectos éticos e legais do exercício profissional em Odontologia previstos nas normas contidas no Código de Ética, o cirurgião-dentista tem como obrigação manter atualizados seus conhecimentos culturais e legais para o pleno exercício de sua profissão, de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Odontologia.

Buscando contribuir para o desenvolvimento desse processo, este estudo pretende fazer uma análise operacional dos Convênios e Cooperativas Odontológicas na Região Metropolitana de São Paulo, com a finalidade de entender e conceituar sua dinâmica. O estudo justifica-se por ser este um assunto pouco abordado pela literatura científica, considerando-se principalmente o grande número de cooperativas, convênios, usuários e cirurgiões-dentistas existentes na Região Metropolitana de São Paulo.

2. REVISTA DA LITERATURA

2.1 COOPERATIVAS E COOPERATIVISMO

De acordo com o Dicionário Novo Aurélio (1999, p. 549-550), o termo cooperação [do Latim *Cooperatione*] se refere ao "ato ou efeito de cooperar; associação entre duas espécies que, embora dispensável, traz vantagens para ambas". O termo cooperado, por sua vez, se refere a um "membro ou participante de cooperativa; cooperador, cooperativado". Nota-se a importância do termo "cooperar [do Lat. c*ooperare, por cooperari*]: ou seja, operar, ou obrar, sumultaneamente; colaborar; cooperar para o bem público, prestar colaboração, serviços; trabalhar em comum; colaborar: cooperar em trabalhos de equipe; ajudar, participar".

Ainda segundo o Novo Aurélio, o termo cooperativa designa a "sociedade ou empresa constituída por membros de determinado grupo econômico ou social, e que objetiva desempenhar, em benefício comum, determinada atividade econômica". Cooperativado trata-se de um cooperado. Cooperativismo, por sua vez, "é a doutrina econômica que atribui às cooperativas um papel primordial". Cooperativista se trata daquele "respeitante a sociedades cooperativas; que é adepto do cooperativismo; adepto dessa doutrina".

Conforme descrição da Enciclopédia Delta-Larousse (1982, p. 530), o cooperativismo se refere a um modelo de associação que surge como alternativa para enfrentar o desemprego. A cooperativa é uma "sociedade cujo capital social é formado pelas cotas dos associados, que, em cooperação, visam ao próprio benefício, reduzindo custos de operação, proporcionando assistência técnica, garantindo mercado e preços compensadores quer na compra, quer na venda de produtos e bens: cooperativa de consumo, cooperativa de produção". Nesse sentido, a obra de Misi (2000) traz um estudo minucioso e articulado sobre a importância das cooperativas de trabalho no processo de transformação social brasileiro.

De acordo com a Nova Enciclopédia Barsa (2001), o cooperativismo tem por fundamento o processo social da cooperação e principalmente do auxílio mútuo, segundo o qual, aqueles que se encontram na mesma situação, desvantajosa de competição, conseguem, pela soma de esforços, garantir a sobrevivência. O cooperativismo, portanto, é a doutrina que preconiza a cooperação como forma de organização e ação econômica, pela qual as pessoas ou grupos que têm o mesmo interesse se associam, com o objetivo de obter vantagens recíprocas em suas atividades econômicas.

Economicamente, a Enciclopédia Barsa (2001) descreve que o cooperativismo tem como objetivos:

- reduzir os custos de produção;
- obter melhores condições de preços e prazos;
- utilizar instalações físicas de uso comum;
- interferir no sistema em vigor, procurando alternativas a seus métodos e soluções.

Os princípios do cooperativismo foram estabelecidos no ano de 1966 pela Aliança Cooperativista Internacional e remontam a outros fixados em 1844. Resumidamente, a Enciclopédia Barsa (2001) caracteriza os seguintes princípios:

- pela livre adesão;
- pela gestão democrática;
- pela taxa limitada de juro ao capital social;
- pelas sobras eventuais para os cooperados, que podem ser destinadas ao desenvolvimento da cooperativa, aos serviços comuns e aos associados, proporcionalmente às suas operações;
- pela neutralidade social, política, racial e religiosa;
- pela ativa colaboração das cooperativas entre si e em todos os planos, local, nacional e internacional;
- pela constituição de um fundo para a educação dos cooperados e do público em geral.

2.1.1 HISTÓRICO DO COOPERATIVISMO

O cooperativismo, no século XVIII, em sua gênese, objetivava constituir uma alternativa econômica e política ao capitalismo, eliminando o patrão e o intermediário, e concedendo ao trabalhador a propriedade de seus instrumentos de trabalho e a participação nos resultados de seu próprio desempenho (Barsa, 2001).

As cooperativas de produção foram criadas por reformadores sociais, socialistas cristãos ou socialistas utópicos, a exemplo de Robert Owen e Charles Fourier. Coube a Louis Blanc fundar o que denominou de "oficinas sociais", ao agrupar artífices do mesmo ofício. Os teóricos principais do cooperativismo foram Beatrice Potter Webb, Luigi Luzzatti e Charles Gide, que chegou a propor a "república cooperativa" (Barsa, 2001).

No mês de maio de 1838, com o movimento cartista na Inglaterra que se disseminou pela classe média, surgiram as primeiras manifestações reais de cooperativismo, culminando com a fundação da Sociedade dos Pioneiros de Rochdale (1844), que reunia 28 tecelões da localidade (Barsa, 2001).

Atualmente, nos países ricos capitalistas, o cooperativismo convive com outras formas de organização empresarial, como é o caso da Suécia, país onde mais e melhor o cooperativismo se desenvolveu (Barsa, 2001).

Especialmente no Brasil, destacam-se algumas cooperativas agrícolas, onde o modelo de cooperativismo é o unitário, ou seja, a cooperação é regulada por uma só lei orgânica. Portanto, o modelo diversificado gera legislação específica para cada tipo de organização cooperativa (Barsa, 2001).

2.1.2 TIPOS DE COOPERATIVAS

As cooperativas dividem-se em três tipos (Barsa, 2001):

A) Cooperativas de produção

Agrupam trabalhadores que se associam para produzir bens ou serviços para uso mútuo ou visando ao mercado.

B) Cooperativas de consumo

Agregam consumidores de qualquer gênero, com o objetivo de obter melhores preços, condições de pagamento e qualidade de bens e serviços, comprando por atacado ou diretamente do produtor, pra uso próprio ou revenda.

C) Cooperativas de crédito

Mais comum na Alemanha do século XIX operavam em conjunto com as de consumo, atendendo pequenos produtores urbanos e artesãos.

Além das naturais formas mistas, um quarto tipo é a cooperativa agrícola. Esta funde os três tipos descritos acima, tendo como objetivo a amplitude da atividade econômica vinculada à agricultura, envolvendo:

- compra e manutenção de implementos;
- compra de sementes e outros insumos;
- financiamento da produção;
- construção de silos e armazéns;
- plantio e colheita;
- comercialização etc.

2.1.3 ESTRUTURA DAS COOPERATIVAS

Segundo Pimentel (2001), os pioneiros de Rochdale, ao fundarem sua cooperativa em 1844, compilaram princípios dos precursores do cooperativismo para servir de referência para o seu funcionamento. Posteriormente, aconteceram os Congressos da Aliança Cooperativa Internacional em Paris (1932), Viena (1966), Tóquio (1992) e Manchester (1995). Os princípios originalmente compilados são seis e outros dois foram acrescentados posteriormente. Assim, tem-se:

- Livre acesso e adesão voluntária;
- Controle, organização e gestão democrática;
- Juros limitados ao capital;
- Distribuição dos excedentes ou sobras para o desenvolvimento da cooperativa, para os serviços comuns e entre os sócios, na proporção de suas operações;
- Constituição de um fundo para a educação entre seus membros;
- Cooperação entre as cooperativas em âmbito local, nacional e internacional;
- Aspiração de conquista ou expansão constante;
- Autonomia.

Portanto, ainda segundo o autor, cabe ao cooperado, na função de dono e de usuário da sociedade:

- Responsabilizar-se pela execução de todos os atos e cumprimento dos objetivos estabelecidos;
- Definir com clareza como devem ser prestados os serviços que a eles se destinam;
- Organizar-se em comitês, conselhos, núcleos ou comissões;

- Contribuir com a administração da cooperativa, para que todas as decisões obtenham êxito e sejam representativas da vontade da maioria;
- Agir em condições de decisão para que a cooperativa mantenha os serviços necessários, dentro de um eficiente sistema de controle interno e de comunicação.

2.1.4 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DE UMA COOPERATIVA

Segundo Pimentel(2001) a estrutura de uma cooperativa é formada basicamente por :

- Assembléia geral;
- Diretoria ou conselho de administração;
- Conselho fiscal.

A Assembléia Geral representa o órgão máximo da cooperativa que, conforme o prescrito na legislação e no Estatuto Social, tomará as decisões de interesse da sociedade. Cabe à Diretoria ou Conselho de Administração, eleita em Assembléia Geral, planejar e executar as atividades da cooperativa, obedecendo aos limites legais, estatutários e as decisões ou recomendações da Assembléia Geral. O Conselho Fiscal é um órgão independente da administração. É formado por três membros efetivos e três suplentes, eleitos por doze meses para a função de fiscalização da administração, bem como as atividades e operações da cooperativa. (OCB, 1999).

Internacionalmente, os cooperados estão organizados através da Aliança Cooperativa Internacional (ACI), atualmente sediada em Genebra, na Suíça. No continente americano se encontra a Organização das Cooperativas da América (OCA), fundada em 1963 e sediada atualmente em Bogotá, Colômbia. No Brasil, a representatividade das cooperativas é de responsabilidade da Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB),

constituída em dois de dezembro de 1969, durante o IV Congresso Brasileiro de Cooperativismo (OCB, 1999).

Os ramos do cooperativismo, conforme o Artigo 27 do Estatuto da Organização das Cooperativas Brasileiras, são os seguintes (Rech, 1995):

- Agropecuário;
- Consumo;
- Crédito;
- Educacional;
- Energia e telecomunicação;
- Especial;
- Habitacional;
- Mineração;
- Produção;
- Saúde;
- Trabalho;
- Outros (Rech, 1995).

De acordo com dados divulgados pelo Sebrae (2005), em 2001, o cenário do cooperativismo no mundo apresentava-se da seguinte maneira:

- **No mundo**: 800 milhões de cooperados; 40% da população mundial.
- **No Brasil**: 6 milhões de cooperados; 3% da população; 160 mil empregos gerados.
- **No SEBRAE**: associados 87.764 cooperados e 1376 cooperativas.

2.1.5 COOPERATIVISMO E DESEMPREGO

Segundo matéria publicada pelo Correio Popular de Campinas, o cooperativismo ajuda a driblar a crise do desemprego nas cidades, somente no Estado de

São Paulo já são mais de mil cooperativas dando emprego a 2,3 milhões de pessoas. Vieira (2005)

Magera (2005), adverte que o cooperativismo possui uma função social como geradora de trabalho e renda, mas, quando usada pelos capitalistas e detentores do poder econômico, como um disfarce para terceirização do trabalho, ela deixa de cumprir seu papel.

Para Magera (2005) "existem muitas cooperativas que são denominadas 'gatos cooperativas', verdadeiras farsas, que acabam explorando os trabalhadores que dela fazem parte e preconizam as condições de trabalho, já bastante deterioradas pelo poder econômico vigente".

Nesse sentido, a obra de Martins Filho (2004) trata das Cooperativas de Trabalho como um fenômeno moderno de organização das forças produtivas, que tem sido objeto de intensos debates, buscando-se identificar seus traços característicos e a legalidade de seus procedimentos. O TST e a SDS, visando a oferecer elementos para o aperfeiçoamento da legislação, à luz da recente Recomentação n. 193 da OIT e a evolução da jurisprudência, organizou em 16 de outubro de 2003 um seminário, com participação de magistrados, deputados, senadores, procuradores, fiscais do trabalho e advogados, levantando os mais variados aspectos desse fenômeno. O presente livro recolhe as palestras e debates do seminário contribuindo para uma melhor compreensão dessa realidade.

A obra de Lima Neto (2004) também se centra no tratamento do ordenamento jurídico-trabalhista dispensado à mão-de-obra intermediada por cooperativas de trabalho como forma de terceirização sobremodo ampliada nesta passagem de milênio e que tem caracterizado o atual modelo organizacional da produção. Inicia-se o exame da questão pela retrospectiva das transformações sociais e suas repercussões nas relações de trabalho ao longo da história, pretendendo-se evidenciar o agravamento da precarização do trabalho em todos os seus sentidos como resultado dos novos métodos de gerenciamento empresarial utilizado dentro do complexo da reestruturação produtiva proposta a partir da crise sentida pelo sistema capitalista dos países centrais, principalmente na segunda metade do último século, e a partir da qual intensificou-se a locação obreira por cooperativas de trabalho.

Relevando o valor do trabalho e a dignidade do trabalhador como atributos inalienáveis, procura-se confrontar o embasamento da economia liberal de mercado no contexto do mundo globalizado com os princípios fundamentais que consagram e asseguram a ação do Direito do Trabalho como instrumento de promoção e justiça social, princípios que também militam, por conseguinte, como fatores de orientação indispensáveis no processo interpretativo do Parágrafo único do art. 442 da Consolidação das Leis do Trabalho. A exposição ainda trata dos diversos textos da legislação internacional sobre as cooperativas de trabalho em sua modalidade especial que serve ao fornecimento de mão-de-obra, assim como das normas da Organização Internacional do Trabalho – OIT, examinando, finalmente, a posição jurisprudencial dominante no país em face da regra trabalhista consolidada e da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, para tecer, em linha de arremate, as conclusões obtidas através da pesquisa sobre a subtração dos direitos dos trabalhadores cooperados na terceirização de mão-de-obra.

Segundo Campelo (2004), a importância desse texto se avulta na medida em que se multiplicam as cooperativas de trabalho, onde se registram distorções que comprometem a imagem do instituto.

Nesse sentido, Brecho (2005) ressalta os aspectos mais importantes da tributação das cooperativas. O desconhecimento das peculiaridades ditadas pela disciplina das sociedades cooperativas, desde logo, sugere o afastamento de qualquer alegação de deficiência das normas jurídicas vigentes. A Constituição da República consagra o estímulo e o apoio do Estado, que deverá inclusive garantir um adequado tratamento tributário aos atos cooperativos. E a legislação infraconstitucional desenhou todas as características de seu funcionamento, amalgamando sua estrutura num sistema jurídico hígido e coerente. Ademais, as premissas axiológicas insertas no princípio da isonomia e o princípio da legalidade indicam a impossibilidade de se discriminar com base em fatores dissociados ou contrapostos aos interesses prestigiados pela Constituição.

Os questionamentos acerca da participação de sociedades cooperativas em licitações públicas. A apreensão de que saiam sempre vencedoras do certame, quando disputam com sociedades empresárias o fornecimento de bens ou serviços, leva tanto a

Administração como particulares a tentarem obliterar seu ingresso na competição, a pretexto de se garantir a igualdade (Piccoli, 2004).

2.1.6 COOPERATIVAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Segundo dados da Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo (OCESP, 2005), no Estado de São Paulo o sistema cooperativista representa 1.045 cooperativas e 2,3 milhões de cooperados. O sistema está à disposição de qualquer grupo de pessoas interessadas em se organizarem para ajuda mútua.

Outro dado relevante se refere às cooperativas urbanas. Antigamente, as cooperativas rurais existiam em maior número, mas hoje, as urbanas se multiplicam rapidamente, especialmente na oferta de trabalho, produção, crédito, habitacional e transporte. No período de janeiro a junho de 2005, 53% dos registros da OCESP corresponderam aos ramos de trabalho e transporte (OCESP, 2005).

Integrar uma cooperativa requer dos interessados a compreensão dos princípios do cooperativismo e da lei cooperativista (Lei nº. 5764/71), ressalta Vieira (2005), da Agência Anhanguera. Os interessados devem estar atentos aos direitos e deveres, às assembléias e candidatura aos órgãos sociais. Um dos requisitos para se tornar cooperado é a vocação empreendedora. Além disso, o sócio deverá ser um gestor do empreendimento, o que implicará em reuniões com todos os interessados e o estudo de viabilidade e consulta às entidades do setor.

Segundo a OCESP (2005), o cooperado precisa:

- Ter consciência de que assumirá riscos;
- Participará das perdas e sobras da cooperativa;
- Contribuirá, individualmente, com 11% dos gastos destinados à Previdência Social (INSS);

- Estar ciente de que o sistema cooperativista não recebe nenhuma vantagem fiscal e que são tributadas como empresas comuns, uma vez que o Fisco não faz distinção entre a operação do ato cooperativo;
- Entender que as cooperativas não estão sujeitas à lei de falência (Artigo 4º. Da Lei nº. 5764/71).

2.1.7 PROCESSO SIMPLIFICADO DE CONSTITUIÇÃO DE UMA COOPERATIVA

De acordo com o portal do cooperativismo, as orientações de grupos para a organização em empresas cooperativas são os seguintes:

- Sensibilização do grupo: capacitação em cooperativismo, em negócios cooperativos e integração ao sistema cooperativista.
- Viabilidade associativa: definir coesão social e objetivos do grupo.
- Viabilidade econômico-financeira: avaliação do mercado e competência técnica-operacional da cooperativa.
- Constituição legal e jurídica: atos constitucionais e inserção no contexto jurídico específico.
- Planejamento estratégico: análise do empreendimento e projeções futuras.
- Implementação e monitoramento: tem-se como princípio que as cooperativas geradas dentro do sistema, pautada nos princípios cooperativistas, atentas e conscientes da legislação específica, bem como inseridas no mercado venham a tornar-se empreendimentos sólidos do ponto de vista econômico, financeiro, social e empresarial, contribuindo positivamente para o aumento da credibilidade do sistema cooperativista.

2.1.8 AS COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

A) Sistema Nacional de Cooperativas Odontológicas (Uniodonto)

É a primeira cooperativa de odontologia formada em todo o mundo. Constituído em 1972, o Sistema Uniodonto reúne mais de 22.000 cirurgiões-dentistas cooperados em todo o país, associados a mais de 170 cooperativas, agrupadas em 9 Federações Regionais.

B) Uniodonto Paulista

A Uniodonto Paulista (Federação das Cooperativas Odontológicas do Estado de São Paulo), fundada em 25 de setembro de 1992 é a maior do país. No momento, conta com 49 unidades em todo território paulista. O número de cirurgiões-dentistas cooperados chega a 8 mil, e o total de usuários ultrapassa a 1.300.000 (hum milhão e trezentos mil).

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

2.2.1 CONVÊNIOS E PLANOS DE SAÚDE

De acordo com Mendes (2005), os planos de saúde no Brasil, desde o seu surgimento, sempre operaram sem qualquer regulamentação oficial. Ao longo dessa história, inúmeros desequilíbrios entre as empresas que oferecem os planos, os prestadores de serviços e seus usuários, tornaram-se constantes. No sentido de promover a defesa dos interesses públicos, notadamente a saúde pública, a Agência Nacional de Saúde Suplementar surge com o objetivo de Regular as operadoras de convênios e planos de Saúde. A partir da caracterização da Assistência Odontológica Suplementar, surgem empresas odontológicas com o objetivo de obter o maior lucro possível num mercado onde há inúmeros cirurgiões-dentistas e principalmente uma infinidade de pessoas sem acesso ao

atendimento odontológico. No entanto, adverte que muitos profissionais se aproveitam dessa realidade com o objetivo de aumentar seus clientes e seu faturamento, buscando, muitas vezes, convênios que não proporcionam as condições satisfatórias à prática da odontologia liberal. Mendes (2005) também relata que a questão dos planos de saúde no Brasil tem sido objeto de bastante discussão nos últimos anos. Devido aos vários desequilíbrios apresentados nas relações entre as empresas operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços e os usuários, havia explicitamente por parte destes uma insatisfação que reclamava para que esse setor fosse regulamentado, além da necessidade de regulamentação contemplada na revisão constitucional de 1988.

2.2.2. HISTÓRICO DOS PLANOS E CONVÊNIOS DE SAÚDE NO BRASIL

Segundo Mendes (2005), a história dos planos de saúde no Brasil se inicia na década de 60, na região do ABC Paulista, através de uma demanda crescente de empresas dessa região que almejavam oferecer assistência médica aos seus funcionários. Durante quatro décadas essas empresas operaram sem qualquer tipo de regulamentação oficial.

A necessidade em regulamentar esse setor, levou a discussão para o Congresso Nacional, através de Projetos de Lei apresentados à Câmara dos Deputados e ao Senado Federal, onde ficaram tramitando durante dez anos. Finalmente, em 03 de junho de 1998 foi sancionada a Lei nº 9656 que trata dos Planos Privados de Assistência à Saúde.

A Lei nº 9656 foi alterada pela Medida Provisória nº 1665, apresentando mudanças em vários dispositivos da Lei citada. Mendes (2005) lembra que, na época, as MPs, de acordo com a legislação, tinham validade por 30 dias apenas e que, após esse prazo, ou a MP se convertia em Lei ou se reeditaria a mesma. Assim, a Lei nº 9656 sofreu alteração por 44 MPs, tendo alterações em seu texto a cada reedição.

Criada em novembro de 1999 através da MP nº 1928 e aprovada pelo Congresso Nacional e convertida da Lei nº 9961 de 28 de janeiro de 2000, a Agência

Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi constituída com sede prevista na cidade do Rio de Janeiro.

Os principais objetivos da ANS são:

- Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde.
- Regular as operadoras setoriais, notadamente quanto às suas relações com prestadores e consumidores.
- Contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.
- Responsabilizar-se pelos procedimentos de normalização, fiscalização e controle das operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Mendes (2005) enfatiza que a Lei nº 9656/98, quando editada, contemplava especificamente os planos médico-hospitalares. Seus dispositivos objetivavam reequilibrar as relações no mercado de saúde suplementar naquele setor. Determinadas especificidades dos planos odontológicas não foram adequadamente explicitadas nessa regulamentação. Muito embora estejam submetidos a ela, foram tratados como planos médico-hospitalares.

Decorridos mais de dois anos de regulamentação dos planos de saúde, as diferenças entre os planos odontológicos e os planos médico-hospitalares começaram a aparecer e a provocar uma urgente necessidade de aprofundamento no estudo e conhecimento da estrutura de funcionamento deste mercado.

2.2.3 SAÚDE SUPLEMENTAR: HISTÓRICO E REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Mendes (2005), o sistema de saúde brasileiro apresentou importantes e significativas mudanças no século passado. O estudo dessas políticas de saúde implementadas em cada contexto histórico de governo justifica-se na medida em que influenciam diretamente as práticas profissionais na área de saúde. O adequado entendimento da Saúde Suplementar no sistema de saúde brasileiro requer um estudo sobre seu contexto histórico, destacando sua origem, desenvolvimento e perspectivas.

Mendes (1999) divide o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro no século XX em três fases:

- Sanitarismo campanhista;
- Modelo médico-assistencial-privativista;
- Projeto neoliberal.

Nos anos 90, havia dois projetos alternativos: o neoliberal e o de reforma sanitária. Mas, o sanitarismo campanhista teve seu início no final do século XIX, se estendendo até 1965. O sistema público de saúde garantia apenas políticas de saneamento dos espaços onde circulavam mercadorias para exportação e a erradicação ou controle de doenças que pudessem prejudicar essa prática mercantil. Trata-se de um período em que a economia brasileira se encontrava voltada para a exportação de produtos agrícolas, principalmente o café.

O estudo de Oliveira e Teixeira (1984) ressalta que em muitos países o desenvolvimento de grandes companhias teve como objetivo manter serviços de assistência médica próprios, sem contar com as práticas médicas do setor público ou privado. As vantagens seriam:

- Seleção de pessoal;
- Controle do absenteísmo da força de trabalho empregada;
- Obtenção de retorno mais rápido da força de trabalho à produção;
- Política de pessoal mais "atraente".

Especialmente no Brasil tal interesse surgiu com o processo de industrialização. No final do século XIX, empresas de maior porte já adotavam esse modelo. O crescimento industrial contribuiu, portanto, para o fortalecimento do operariado, da classe média e da burguesia industrial, que passaram a reivindicar melhores condições de vida.

Mendes (1999) ressalta que o término do modelo agro-exportador contribuiu para o surgimento da assistência médica da Previdência Social em 1923. Assim, em período semelhante foi criada a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões, a CAP dos

Ferroviários. Em 1930 contavam-se 47 CAP's responsáveis pela assistência a 142.464 beneficiários. No ano de 1933 surge na Previdência Social, a organização de Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), estruturados por categorias profissionais.

Por outro lado, Donnangelo (1975) enfatiza que nesse período foram criados:

- O Conselho Superior de Previdência Social: órgão de recurso em questões pertinentes às prestações e contribuições;
- O Departamento de Previdência Social: órgão de supervisão e controle geral dos Institutos, ambos do Ministério do Trabalho.

Oliveira e Teixeira (1984) ressaltam que nesse período a assistência médica da Previdência Social ainda era prestada através dos serviços dos Institutos. Os convênios-empresa ainda não existiam e o setor credenciado, surgido na década de 30, ainda era inexpressivo. As empresas e fornecedores privados de saúde não se interessavam pela política previdenciária de assistência médica.

A partir da década de 50, o processo de industrialização torna-se mais acelerado, contribuindo para intensas mudanças sociais. A referência do sistema de saúde passa a ser a saúde do trabalhador e o modelo sanitarista campanhista entra em declínio.

Promulgada em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social garantia a uniformização dos benefícios. Mas, em 1964, a Previdência Social realiza o financiamento da assistência médica das empresas, através de um convênio entre o IAPI e a Volkswagen. Nesse caso, a Previdência Social não se responsabilizava pela assistência médica dos empregados. Assumindo esse papel, a empresa se eximia da contribuição à Previdência Social.

No que se refere aos convênios, segundo destaca Piola et al (2002), esse sistema não constitui uma modalidade de contrato. São características dos convênios:

- Poder Público e entidades públicas ou privadas se unem para a realização de objetivos de interesse comum, através de: repasse de verbas, uso de equipamentos, recursos humanos, materiais, imóveis, *know-how* e outros.

- As verbas públicas repassadas continuam sendo dinheiro público, obrigando a entidade conveniada a prestar contas de sua utilização para o repassador e o Tribunal de Contas da União.

O convênio encontra-se disciplinado pelo Artigo 116 da Lei nº 8.666/93. O Texto de Szklarowsky (2000): Convênios, consórcios administrativos, ajustes – outros instrumentos congêneres, indica que no contrato os interesses das partes são divergentes; no que tange aos convênios, os signatários do documento, denominados partícipes, possuem interesses convergentes.

Por outro lado, Piola et al (2001) enfatiza que o poder público realiza convênios com entidades privadas com o objetivo de incentivar a cooperação. O convênio, nesse caso, adquire o papel de atividade de fomento administrativo à iniciativa privada de utilidade pública.

Mudanças expressivas ocorrem em 1966, principalmente com a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional de Previdência Social. Surge a fase do modelo médico-assistencial-privativista. Assim, os convênios-empresa representam uma importante conquista dos empresários, culminando com um acentuado afastamento dos trabalhadores do centro de decisão política da Previdência Social. Segundo Oliveira e Teixeira (1984), nessa época surgem a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE).

Bahia (1999) adverte que a Previdência se transforma no maior comprador de serviços médicos do país. Ocorre a subordinação da produção de atividades assistenciais à lógica da remuneração por produção, favorecendo o desenvolvimento de diversas modalidades de privatização da assistência médica.

Segundo Mendes (1999), na década de 70 ocorre uma ampliação do atendimento prestado pela Previdência Social, com a inclusão dos trabalhadores domésticos, autônomos e rurais. Com isso, o setor privado se desenvolve, recebendo por serviços prestados, incentivos na forma de contratos e credenciamentos.

Em 1974 ocorre a implantação do Plano de Pronta Ação, favorecendo o crescimento da medicina de grupo, viabilizado pelo convênio-empresa. Para Mendes (1999), o PPA reorganizou as relações da Previdência Social com os prestadores através de formas de pagamento com contratos e credenciamentos por serviços prestados e convênios por subsídio fixo. No entanto, significativas parcelas da população eram excluídas da assistência à saúde nesse período. No entender de Bahia (1999), em meados de 1975 ocorre a ruptura do padrão de financiamento que a Previdência Social concedia às empresas médicas. Esse fato ocasiona uma sistematização da comercialização de planos de saúde.

Para Médici (1989) surge o setor autônomo em volta do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), caracterizado como estatal e universalizante, opondo-se ao setor privado, liberal e privativista.

Semelhante observação foi feita por Favaret e Oliveira (1990). Para estes autores, na década de 80 surge um modelo liberal privativista de assistência à saúde, fato que favorece o aparecimento do fenômeno de universalização excludente, que acompanhou o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No ano de 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, evento marcante na fixação de bases para o desenvolvimento da Reforma Sanitário. Esta reforma objetivava:

- Desenvolver um conceito abrangente de saúde, como direito de cidadania e dever do Estado;
- Instituir um Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1987 ocorre a implantação do Sistema Único Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da Constituição Federal.

No entender de Mendes (1999), o SUDS apresentou os seguintes problemas:

- Superestimação do valor político do setor privado contratado;
- A forte aliança com o setor de alta tecnologia;

- A excessiva estadualização da desconcentração, que determina uma ação clientelista de municipalização seletiva.
- A pouca valorização da implantação dos distritos sanitários como catalisadores de mudanças no modelo assistencial vigente.

Na década de 90 o Brasil vivenciava um contexto político neoliberal baseado na privatização, descentralização e na focalização. Na Constituição de 1988, a saúde foi considerada um direito de todos e um dever do Estado. O setor privado, nesse período, crescia rapidamente. A Constituição possibilitou a livre participação da iniciativa privada, de forma complementar, no SUS, mediante contrato de direito público ou convênio.

Nota-se que as reivindicações dos trabalhadores se processam na exigência de planos de saúde, ao reclamarem por melhoras no SUS. Por isso, entidades privadas que integravam o SUS na forma complementar, entram no setor suplementar, onde a existência de pacientes que não se submetem ao SUS é bastante expressiva. O modelo médico-privativista, aos poucos, vai sendo substituído pelo projeto neoliberal de saúde.

Ressalta-se que no âmbito dessa realidade manteve-se presente um subsistema de caráter privado, sendo representado pelo mercado de desembolso direto de pessoas, no qual os profissionais trabalham como autônomos ou em sociedade.

No que se refere ao processo de regulamentação do setor de saúde suplementar, o marco legal é representado:

Lei nº 9656, de 03 de junho de 1998, que dispões sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e pela Medida Provisória nº 1665, de 05 de junho de 1998, que altera os dispositivos da Lei nº 9656, de 03 de junho de 1988, e que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

O Ministério da Fazenda, representado pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) e pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), assumiu a responsabilidade pelos assuntos econômicos e financeiros relacionados às operadoras.

De outro lado, coube ao Ministério da Saúde, representado pelo Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), e pela Secretaria de Assistência à Saúde

(SAS)/Departamento de Saúde Suplementar (DESAS), assumirem a responsabilidade em supervisionar o produto oferecido como um tipo de assistência à saúde.

Segundo o Artigo 6º da Resolução nº XX/98 do CNSP, que regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde e dá outras providências, as operadoras do mercado privado de assistência à saúde são classificadas nas seguintes modalidades:

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

2. Operadoras de planos de saúde: refere-se às empresas, constituídas sob quaisquer formas jurídicas, que comercializam planos de assistência à saúde, atuando nessa atividade, podendo fornecer adicionalmente prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos diretos ou indiretos.

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

4. Operadoras de autogestão principal: são empresas que atuam em quaisquer atividades, que oferecem planos de assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, seus respectivos grupos familiares, limitados ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, ou ainda associações nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes.

5. Operadoras de autogestão derivada: são as entidades de classes, sindicatos ou associações, não abrangidas no tópico 4, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes.

6. Empresas administradoras de planos de saúde: constituem as operadoras que administram planos de assistência à saúde, financiados por quaisquer empresas, sem assumir os riscos dos sinistros.

De acordo com Montone (2000), a segunda fase do processo de regulação ocorreu em setembro de 1999, apresentando dois movimentos relevantes:

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

A terceira etapa do processo de regulação foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, viabilizada pela Medida Provisória nº 1928 de 25 de novembro de 1999, que em 28 de janeiro de 2000, foi convertida na Lei nº 9961. Em 03 de julho de 1998 foi aprovada a Lei nº 9656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

A Medida Provisória nº 1928 de 25 de novembro de 1999 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar que tem como finalidade:

- Promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde;
- Regular as operadoras setoriais, notadamente quanto às suas relações com prestadoras e consumidores.

Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000 da ANS, as operadoras de planos de saúde são classificadas em:

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

2. Cooperativa médica: cooperativa que opera Planos Privados de assistência à saúde.

3. Cooperativa odontológica: cooperativa que opera, exclusivamente, planos odontológicos.

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

5. Medicina de grupo: são classificadas nessa modalidade as empresas ou entidades que operam Planos de Assistência à Saúde, excetuando-se as Administradoras, as Cooperativas Médicas, as Autogestões e as Entidades Filantrópicas.

6. Odontologia de grupo: trata-se de empresas que administram exclusivamente Planos Odontológicos para órgãos públicos, entidades, empresas privadas, indivíduos e famílias. A estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados.

7. Filantropia: refere-se às entidades sem fins lucrativos que oferecem Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido certificado de Entidade Filantrópica fornecida pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal fornecida pelo Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais.[1]

[1] Nota-se, portanto, que as entidades filantrópicas operam em parceira com seguradoras, seguindo os mesmos princípios das operadoras com fins lucrativos.

Atualmente, de acordo com a Lei nº 9656, as seguradoras também são classificadas como um tipo de operadora. A RDC nº 65, de 24 de abril de 2004, aborda alguns aspectos das Sociedades Seguradoras especializadas em saúde.

No tocante à Medicina de Grupo, Almeida (1998) afirma que Medicina de Grupo são empresas médicas que administram Planos de Saúde para órgãos públicos, entidades, empresas privadas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos.

Ressalta, ainda, que a estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados. O acesso à rede própria ou credenciada é livre e, nos planos mais caros, é previsto o uso de serviços não credenciados, sendo concebido ressarcimento dos gastos, baseado em valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH), o que não garante reposição total das despesas realizadas pelo usuário do plano de saúde.

3. PROPOSIÇÃO

Esse estudo teve como objetivo a análise operacional das Cooperativas e Convênios odontológicos na Região Metropolitana de São Paulo

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo foi aprovado pelo processo número 031/2005 CEP/FOP/Unicamp, segundo a Resolução 196/96 CNS/BRASIL, estando em concordância com as normas estabelecidas. (Anexo 4)

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A área de estudo refere-se à Região Metropolitana de São Paulo (Anexo 3), tendo-se como base 96 (noventa e seis) Convênios e 8 (oito) Cooperativas, conforme estatística gerada em 06 de outubro de 2004 junto ao Conselho Regional de Odontologia do Estado de São Paulo (CROSP, 2004). A escolha desta região como local de estudo deve-se ao fato de ser esta a localidade com maior concentração de cirurgiões-dentistas, maior desenvolvimento econômico e industrial do país, propiciando um grande mercado para convênios e cooperativas odontológicas (CROSP, 2004).

4.3 AMOSTRA

Constitui-se de 20 (vinte) Convênios e 8 (oito) Cooperativas da Região Metropolitana de São Paulo, sendo esta uma amostra de conveniência para se alcançar a análise pretendida.

4.4 DESENVOLVIMENTO

Todos os Convênios e Cooperativas inseridos na área de abrangência do estudo receberam pelo Correio envelope contendo:

- Ofício explicando os objetivos da pesquisa e a fundamentação da pesquisa.
- Cópia do Parecer do CEP- FOP – Unicamp (Anexo 4).
- Questionário para Convênios (Anexo 1) e Cooperativas (Anexo 2).
- Envelope resposta com instruções para reenvio. Foram enviados juntamente com o termo de consentimento, o telefone e endereço eletrônico, informando aos participantes da pesquisa que em caso de dúvida deveriam entrar em contato com os pesquisadores em qualquer etapa da pesquisa. Do total de Convênios 21% (n=20) responderam ao questionário. Quanto às Cooperativas todas (n=8) deram resposta.

4.5 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após o retorno dos envelopes, que foram numerados e tabulados por examinador alheio ao estudo, os dados foram inseridos em planilha criada para essa finalidade. A análise estatística é descritiva, devido à natureza do trabalho. Para melhor entendimento os resultados são apresentados por meio de tabelas.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos referentes aos Convênios e às Cooperativas são apresentados nas Tabelas numeradas de 1 a 7.

A Tabela 1 demonstra que o tempo de funcionamento das Cooperativas é maior do que os dos Convênios, com média de 14,50 e 9,10 respectivamente. Quanto ao número de usuários, a média das Cooperativas também é superior a dos Convênios.

Tabela 1. Tempo de funcionamento, em anos, e número de usuários da amostra de convênios e cooperativas da Região Metropolitana de São Paulo

	Cooperativas			Convênios		
	Média	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo
Número de usuários	206.892	8.136	1.500.000	23.600	2.000	60.000
Tempo de funcionamento	14,50	5,00	33,00	9,10	3,00	16,00

A observação da tabela 2 mostra que as Cooperativas apresentam maior número médio de cirurgiões-dentistas cooperados do que profissionais exclusivamente especialistas, exclusivamente clínicos gerais ou especialistas e clínicos gerais. Em relação aos Convênios, essa mesma divisão se repete.

Tabela 2. Número médio de cirurgiões-dentistas credenciados e cooperados, segundo o tipo de atuação profissional.

	Cooperativas	Convênios
	Média	Média
Número de cirurgiões-dentistas credenciados/cooperados	2.956	87
Número de profissionais exclusivamente especialistas credenciados/cooperados	1.001	20
Número de profissionais exclusivamente clínicos gerais credenciados/cooperados	1.878	29
Número de profissionais especialistas e clínicos gerais credenciados/cooperados	77	45

A Tabela 3 demonstra o tipo de serviço prestado nos Convênios e Cooperativas, retratando as diferenças existentes quanto ao perfil do profissional, às especialidades oferecidas, aos procedimentos realizados com mais freqüências e os motivos para o desligamento do profissional conveniado ou cooperado.

Tabela 3. Análise organizacional dos convênios e cooperativas da amostra.

Questões		Cooperativas		Convênios	
		n	%	n	%
Perfil do profissional	Tempo de formação (anos)	2	25,0	10	50,0
	Residente na região	7	87,5		
	Localização do consultório	2	25,0	15	75,0
	Especialidades predominantes			14	70,0
	Outros	2	25,0	2	10,0
Especialidades Oferecidas	Odontopediatria	8	100,0	20	100,0
	Odontologia preventiva	8	100,0	20	100,0
	Ortodontia	8	100,0	15	75,0
	Implante	6	75,0	2	10,0
	Prótese	8	100,0	19	95,0
	Dentística	8	100,0	20	100,0
	Semiologia	5	62,5	4	20,0
	Cirurgia B. M. Facial	8	100,0	7	35,0
	Periodontia	8	100,0	20	100,0
	Endodontia	8	100,0	20	100,0
Procedimentos mais realizados	Odontopediatria	6	75,0	19	95,0
	Odontologia preventiva	5	62,5	17	85,0
	Ortodontia	1	12,5	3	15,0
	Implante	1	12,5	0	0,0
	Prótese	6	75,0	6	30,0
	Dentística	8	100,0	20	100,0
	Semiologia	1	12,5	0	0,0
	Cirurgia Buco - Maxilo Facial	1	12,5	0	0,0
	Periodontia	8	100,0	20	100,0
	Endodontia	5	62,5	10	50,0
Situações para desligamento	Descumprimento de normas internas (1)	7	87,5	17	85,0
	Insatisfação do usuário (2)	1	12,5	5	25,0
	Falta de ética (3)	5	62,5	0	0,0
	Insatisfação com a remuneração	2	25,0	0	0,0
	Serviços inadequados	4	50,0	7	35,0
	Outros	1	12,5		0,0

(1) não entregar documentos / alvará de funcionamento / biosegurança
(2) reclamações procedentes
(3) cobrar procedimentos não realizados / descriminar e extorquir pacientes / propaganda enganosa

A Tabela 4 demonstra que o prazo para reembolso do cirurgião-dentista pelos Convênios é na maior parte das vezes (75%) após o término do trabalho, sendo que 20% do total realizam o reembolso em até 30 dias e 5% em mais de 30 dias.

Tabela 4. Prazo para o reembolso do cirurgião dentista pelo serviço prestado nos convênios.

	n	%
Até 15 dias	0	0,0
Até 30 dias	4	20,0
Mais de 30 dias	1	5,0
Após o término do trabalho	15	75,0
Total	20	100,0

A Tabela 5 mostra uma parte do sistema operacional dos Convênios e Cooperativas estudados.

Tabela 5. Sistema operacional dos convênios e cooperativas da amostra.

Questões		Cooperativas		Convênios	
		n	%	n	%
Inclusão/Contratação de novos profissionais	Aumento de usuários	8	100,0	12	60,0
	Desligamento de profissionais	6	75,0	10	50,0
	Necessidades de novas especialidades	6	75,0	5	25,0
	Outros			1	5,0
Locais de acesso ao atendimento	Apenas no Consultório do profissional	8	100,0	15	75,0
	Próprio e consultório particular	0	0,0	5	25,0
São feitas vistorias no consultório	Sim	4	50,0	9	45,0
	Não	4	50,0	11	55,0
É feita avaliação dos serviços prestados	Sim	2	25,0	9	45,0
	Não	6	75,0	11	55,0

De acordo com a Tabela 6, tanto os Convênios quanto as Cooperativas oferecem as seguintes especialidades: odontopediatria, odontologia preventiva, dentística, periodontia e endodontia. As especialidades menos oferecidas podem ser notadas nos Convênios: implante (10%) e semiologia (20%).

Tabela 6. Principais especialidades odontológicas oferecidas aos usuários de Convênios e Cooperativas na Região Metropolitana de São Paulo, 2005.

Especialidades	Convênios	Cooperativas
Odontopediatria	20	8
	(100,0)	(100,0)
Odontologia Preventiva	20	8
	(100,0)	(100,0)
Ortodontia	15	8
	(75,0)	(100,0)
Implante Dentário	2	6
	(10,0)	(75,0)
Prótese Dentária	19	8
	(95,0)	(100,0)
Dentística	20	8
	(100,0)	(100,0)
Semiologia	4	5
	(20,0)	(62,5)
Cirurgia Buco Maxilo Facial	7	8
	(35,0)	(100,0)
Periodontia	20	8
	(100,0)	(100,0)
Endodontia	20	8
	(100,0)	(100,0)
Todas	2	4
	(10,0)	(50,0)

A Tabela 7 aponta que os procedimentos mais realizados pelos Convênios e Cooperativas são dentística (100%) e periodontia (100%). No caso da odontopediatria, os Convênios apresentam maior índice (95%), contra (75,0%) das Cooperativas. No entanto, quanto à prótese, as Cooperativas respondem por (75,0%), contra (30%) dos Convênios.

Tabela 7. Procedimentos mais realizados pelos profissionais junto aos Convênios e Cooperativas Odontológicas na Região Metropolitana de São Paulo, 2005.

	Convênios	Cooperativas
Odontopediatria	19	6
	(95,0)	(75,0)
Odontologia Preventiva	17	5
	(85,0)	(62,5)
Ortodontia	3	1
	(15,0)	(12,5)
Implante Dentário	0	1
	(0,0)	(12,5)
Prótese Dentária	6	6
	(30,0)	(75,0)
Dentística	20	8
	(100,0)	(100,0)
Semiologia	0	1
	(0,0)	(12,5)
Cirurgia Buco Maxilo Facial	0	1
	(0,0)	(12,5)
Periodontia	20	8
	(100,0)	(100,0)
Endodontia	10	5
	(50,0)	(62,5)
Todas	0	4
	(0,0)	(50,0)

6 DISCUSSÃO

A partir dos estudos apresentados na revisão da literatura e dos resultados obtidos, nota-se que as cooperativas e os planos de saúde se constituem numa realidade irreversível no universo da prática odontológica.

Os dados revelam que as Cooperativas instaladas na Região Metropolitana de São Paulo possuem mais usuários que os Convênios e que o tempo de funcionamento das mesmas é maior. Quanto ao número de cirurgiões-dentistas credenciados em Convênios, as Cooperativas possuem um número expressivamente maior de profissionais cooperados. No que se refere ao número de profissionais exclusivamente especialistas, os Convênios possuem um número menor em relação às Cooperativas, que por sua vez, oferecem mais especialidades aos seus usuários, sendo constatado que o número de profissionais que exercem suas especialidades e a clínica-geral se concentra nos Convênios, com média de 49%. Em relação ao credenciamento de um cirurgião-dentista em Convênios, o critério predominante é o de especialidade na área, seguido da localização do consultório.

No tocante à rescisão do contrato em Convênios, os dados apontam como fator determinante o descumprimento das normas internas (90%), o que também foi apontado nas Cooperativas. Nestas, porém, a falta de ética é apontada como o segundo motivo para que o cooperado seja desligado do sistema. Verificou-se ainda que o prazo para o reembolso pelos serviços prestados nos Convênios somente é feito após o término do trabalho. A contratação de novos profissionais, tanto em Convênios, quanto o aumento do número de cooperados nas Cooperativas Odontológicas é determinado pelo aumento do número de usuários, seguido pelo desligamento dos profissionais.

Nos Convênios, cerca de 85% dos usuários têm acesso ao atendimento somente em locais credenciados e todos são encaminhados diretamente aos profissionais. Em 55% dos casos, os Convênios exigem perícia para autorização dos procedimentos. Cerca de 45% dos Convênios realizam vistoria nos consultórios dos conveniados para a verificação e fiscalização se os mesmos se encontram dentro dos padrões éticos e legais e das normas de

segurança, de acordo com a lei vigente. O mesmo resultado pode ser encontrado nas Cooperativas.

Em referência à avaliação dos serviços prestados pelos profissionais cirurgiões-dentistas, cerca de 55% dos Convênios não realizam tal procedimento, sendo que nas Cooperativas, nenhuma realiza avaliações em forma de perícia.

Nas Cooperativas, a formação do quadro de cooperados é determinada pela indicação de profissionais da área e pela necessidade de aumentar o número de clientes atendidos. Cerca de 43% dos serviços oferecidos pelas Cooperativas são para particulares, sendo que para indústria e comércio, todas elas oferecem seus serviços. Tanto as Cooperativas, quanto os Convênios oferecem programas preventivos aos usuários.

O tempo de formação profissional é mais importante para os Convênios e que a localização do consultório se constitui em fator relevante para a contratação de novos profissionais. Houve também uma maior freqüência de respostas nas cooperativas no tocante às especialidades oferecidas aos usuários. Em relação à procura pela odontologia preventiva e dentística, os dados são favoráveis aos Convênios. No tocante à procura pelos serviços de próteses e cirurgia Buco-Maxilo Facial, os dados são favoráveis às Cooperativas.

O excesso de profissionais na área odontológica é uma realidade (estatística do Jornal do CFO de 2004). Outras oportunidades, ainda que difíceis, também acenam para uma solução. Trata-se dos concursos públicos e de oportunidades de emprego em empresas de grande porte. No entanto, as empresas contratam dentistas para atendimento a seus funcionários para que estes não saiam do local de trabalho e internamente possam realizar o tratamento.

Outra realidade que merece destaque se refere à tendência das grandes empresas em terceirizar o atendimento odontológico ou montar seus próprios convênios. Na prática, entretanto, o que se tem verificado é uma tendência das empresas em associarem-se às Cooperativas. Segundo Petrelli (2004), ex-secretário geral do Conselho Federal de Odontologia, a Uniodonto, em Curitiba, obteve convênios com várias empresas, que

contrataram os serviços da Cooperativa para prestar serviços a seus funcionários e familiares. Petrelli sustenta que o ideal é a formação de novos grupos de cooperativas, uma vez que muitas empresas não querem ter a preocupação de organizarem a estrutura de um serviço odontológico próprio. Segundo ele, em Curitiba, a "Uniodonto tem uma fila de quatro mil dentistas que deseja entrar para a cooperativa, mas não há mais vagas. Mas há espaço para novas cooperativas, e elas devem ser montadas", argumenta.

Entretanto, como destacou Vieira (2005), embora o cooperativismo possa ser uma forma de gerar trabalho e renda para o cirurgião-dentista, Magera (2005) adverte que estas instituições não podem ser usadas como disfarce para terceirização do trabalho, sendo usada por capitalistas e detentores do poder econômico para exploração dos profissionais.

De outro lado, os Convênios odontológicos representam uma alternativa aos quase 30 milhões de brasileiros que nunca foram ao dentista. Essa afirmação se baseia no resultado da pesquisa: "Acesso e utilização de serviços de saúde", divulgada recentemente pelo IBGE. Estima-se que 27,9 milhões de brasileiros nunca foram a um dentista, ou seja, quase 16% da população nunca esteve em um consultório odontológico. A situação é mais complicada quando a faixa de renda familiar não ultrapassa um salário mínimo. Neste caso, o número chega a 31% da população que nunca teve acesso aos serviços odontológicos.

De acordo com a revisão da literatura, pode-se constatar que a implantação do modelo de saúde suplementar contempla uma política neoliberal. A idéia que permeia o mercado sustenta que os planos odontológicos financiados por empresas ou com o custo rateado entre os funcionários surgem como alternativa eficiente para proporcionar saúde bucal à população que nunca teve acesso aos serviços odontológicos. Criou-se, portanto, o argumento de que a viabilização desses benefícios se processa a partir e exclusivamente dos convênios odontológicos, que oferecem modalidades que tornam o serviço acessível às empresas e aos seus beneficiários.

Entretanto, há determinadas questões que ainda merecem destaque quanto à eficiência dos Convênios. Uma delas se refere ao acesso à saúde bucal. Não se pode sustentar que a criação de diversas modalidades de custeio para planos empresariais, com o sistema de pré-pagamento, auto-gestão, pagamento integral pela empresa, funcionário ou

um custeio misto, se apresente como argumento válido à qualidade e acessibilidade das empresas e seus funcionários para os serviços odontológicos. Sabe-se que o problema é mais abrangente.

O Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), órgão que defende os interesses e fiscaliza as empresas que oferecem planos odontológicos, argumenta que 80% da população não têm condições mínimas de bancar um tratamento dentário. Para tanto, acenam com a estatística de que 90% dos brasileiros possuem cáries e doenças bucais, e que os jovens adolescentes já apresentam cerca de 50% de sua dentição comprometida, e que um de cada quatro idosos não possui sua dentição original.

Esses dados são apresentados com o intuito de se argumentar, mais uma vez, que os planos odontológicos surgiram no mercado com o objetivo de suprir o problema enfrentado tanto pelas empresas como pela sociedade em geral. No caso das empresas, a falta de assistência odontológica aos seus funcionários. Sabe-se que a dívida social na área da saúde é uma realidade, principalmente aquela que se refere ao acesso aos serviços odontológicos. No entanto, a contratação de um plano odontológico a baixo custo não representa a solução para um problema de tamanha magnitude.

Tem-se argumentado, também, que uma das vantagens principais para que as empresas ofereçam planos odontológicos a seus funcionários, é o significativo aumento da auto-estima, motivação e aumento da produtividade. A garantia de um atendimento à saúde bucal deixa o funcionário despreocupado com os problemas pertinentes à sua saúde e de sua família, garantindo o rendimento esperado dentro da empresa e uma maior concentração em suas atividades profissionais. Essas informações procedem, na medida em que as empresas contratem serviços que estejam de acordo com a legislação vigente, cumprindo o Código de Ética Odontológica, principalmente. Resta, ainda, a preocupação com a qualidade dos serviços prestados e o papel do cirurgião-dentista nesse cenário complexo.

Segundo Almeida (2005) há duas realidades incontestáveis. A primeira se refere ao fato de que nas operadoras de saúde do tipo odontologia de grupo e cooperativas, ambas conseguiram aumentar o volume de pacientes, clientes e lucros, porém com custos

operacionais mais elevados. Os resultados são melhores, portanto, quando comparados aos dentistas inseridos no método tradicional curativo de mercado de massa. A segunda realidade destaca que as operadoras utilizam mecanismos de controle do uso do plano, de assalariamento e sub-assalariamento de profissionais, bem como de uma assistência curativa em maior escala, em prejuízo da atenção, sem política de controle de qualidade e de prevenção definidos. Esta realidade, no entanto, está em desacordo com o Código de Ética Odontológica, conforme texto apresentado na Revisão da Literatura.

As mudanças que ocorreram na Odontologia na última década foram decorrentes das evoluções tecnológicas , oriundas de outras áreas indiretamente ligadas a ela. O cirurgião-dentista, nesse processo, encontra a principal mudança, pois ela se refere ao mercado de trabalho. Cada vez mais o número de profissionais tem aumentado a competitividade, fator que tem contribuído para a diminuição do valor real da remuneração.

Vicente (2005), ressalta que cabe ao cirurgião-dentista saber acompanhar o mercado, onde somente profissionais qualificados são aproveitados pelo mercado de trabalho. Essa qualificação engloba conhecimentos técnicos, certificados por instituições idôneas e tradicionais, somada a conhecimentos na área de relações humanas, línguas, administração, manipulação e interpretação de informações. Para profissionais que atuam em consultórios próprios, além do número elevado de Assistências Odontológicas e das novas normas do Ministério da Saúde, o aprimoramento administrativo e empresarial é de fundamental importância. No entanto, as Cooperativas Odontológicas representam uma solução viável.

Na mesma direção, Assada (2005) destaca que o contexto atual exige um novo profissional, com perfil diferenciado, onde, além da formação técnica, também possua um embasamento holístico. A formação completa de um profissional depende de uma qualificação integrada de conhecimentos. Para o autor, os paradigmas do profissional liberal, de elite, de altos honorários e do individualismo devem ser revistos. Ressalta-se aqui que o conjunto das transformações ocorridas na Odontologia nos últimos anos deve considerar a importância dos fatores internos, dentre eles, a postura ética do profissional diante do novo cenário: as novas regulamentações do setor, o Código de Ética

Odontológica, o papel do cirurgião-dentista para a comunidade e a preservação de sua classe profissional.

O profissional cirurgião-dentista diante desse quadro deve estar atento. Nesse mercado de trabalho por Convênios, há que se considerar que os mesmos devem cumprir a Resolução CFO-203/96, que trata do funcionamento de entidades prestadoras de assistência odontológica.

Outro problema se refere à tabela de repasses. Verificou-se que nos Convênios o reembolso é feito após o término dos serviços. Mas, em muitas tabelas de repasses de determinados Convênios encontra-se o anúncio de serviços gratuitos, o que fere o Código de Ética Odontológica. Em outras, a irregularidade se refere à comissão. Algumas empresas, apenas para fazer constar o nome do profissional em determinada lista distribuída à população, cobram, a título de taxa de propaganda e administração, uma comissão sobre os serviços executados nos clientes que lhe procuram através desta lista. Esta prática também fere o Código de Ética Odontológica.

Constatou-se neste estudo que mais de 50% dos Convênios exigem perícia para a consecução dos serviços a serem executados. Trata-se de uma questão que gera muitas irregularidades nos Convênios. Assim, algumas empresas, para justificar o atraso no reembolso ou mesmo o não pagamento aos credenciados, induzem os responsáveis pelas perícias, a encontrarem erros técnicos em seus procedimentos. Tal prática fere os princípios do Código de Ética Odontológica.

Assim, diante das irregularidades e da situação de ilegalidade de muitas empresas de Convênios, há muitas que ainda zelam pela Odontologia através da seriedade, idoneidade e do cumprimento da lei e do Código de Ética. Os levantamentos obtidos consideram fatores importantes nesse processo, os critérios para o credenciamento de um cirurgião-dentista em Convênios, as especialidades odontológicas oferecidas, a implantação de programas preventivos, a realização de perícias para procedimentos, as vistorias e a avaliação dos serviços prestados através de perícia. No entanto, os principais problemas encontrados no processo de funcionamento de certas empresas ligadas aos Convênios devem ser objetos de preocupação dos órgãos representativos da classe odontológica, pois

se trata de um mercado cada vez maior, com tendência a um crescimento rápido. São empresas constituídas por grandes grupos econômicos que visam, em grande parte, a obtenção de lucros imediatos. A aplicação da lei, campanhas de esclarecimentos quanto aos direitos e deveres dos usuários, bem como um processo de vigilância e fiscalização das empresas prestadoras de serviços odontológicos é de responsabilidade de todos os profissionais preocupados com a responsabilidade e conduta ética da classe odontológica. Nesse sentido, a obra de Pereira (2003) descortina um novo plano teórico para a reflexão dos especialistas em Odontologia em Saúde Coletiva, dos administradores e técnicos de serviços públicos e privados odontológicos e de acadêmicos de odontologia. Além disso, somam-se os princípios do que se convencionou denominar o campo da Saúde Bucal Coletiva aos necessários conteúdos preventivos em Odontologia.

A saúde é um direito fundamental do ser humano e cabe ao estado prover as condições ideais e indispensáveis ao seu pleno exercício (Lei Federal nº 8080, Art.2º). Verificou-se na Revisão da Literatura que a deficiência no atendimento ambulatorial e outros fatores, incentivaram, durante muitos anos a procura pelos serviços prestados pelos Planos de Saúde. No que se refere à fiscalização, monitoramento e normalização dos mesmos, foi criada a Agência Nacional de Saúde (ANS), com o objetivo de incentivar a homogeneidade nas ações, em busca de uma maior transparência e confiabilidade nesse modelo, além de promover a defesa do interesse público na Assistência Suplementar à Saúde, regulando as operadoras.

As principais metas estabelecidas pela ANS, podem ser comparadas aos levantamentos realizados pelo presente estudo. A ANS delineou os seguintes objetivos a serem atingidos:

- A ampliação da capacidade efetiva da participação dos usuários no setor, garantindo e aperfeiçoando as coberturas ofertadas, ao impedir ou restringir a vinculação da assistência e dos preços às condições de saúde e idade;
- A busca pela garantia do equilíbrio das informações aos agentes participantes do setor, como: usuários, operadoras, prestadores de serviços de saúde e o SUS;

- A obtenção da garantia do equilíbrio e manutenção da estabilidade do setor, definindo e controlando os padrões de entrada e saída das operadoras do mercado;
- O objetivo de assegurar aos usuários o acesso, o direito e a defesa de sues interesses em relação à assistência privada de saúde.

Mostrou-se evidente que o setor odontológico vive uma fase paradoxal, na medida em que, de um lado, há excesso de profissionais no mercado, e de outro, um número expressivo da população carente de tratamento odontológico. Esse fato remete à necessidade urgente de se aprimorar as habilidades gerenciais, a fim de possibilitar a melhor reorganização do setor. As formas de remuneração dos serviços de saúde bucal não devem ser desconsideradas nesse processo. As Cooperativas Odontológicas representam, nesse sentido, uma solução adequada, uma vez que os princípios que orientam o funcionamento das mesmas se voltam para a responsabilidade dos cooperados em serem gestores eficientes.

Há que se destacar que a opção pelas Cooperativas também requer determinados esclarecimentos importantes. Segundo Ribeiro (1983), o primeiro se refere ao objetivo do Cooperativismo como instituinte de uma nova cultura do trabalho e principalmente de relações sociais de produção, calcadas na cooperação e solidariedade. O segundo se faz notar em função de estudos que indicam a proliferação de falsas cooperativas, que se caracterizam como empregos terceirizados, onde trabalhadores autônomos registram-se como cooperativados no sentido de garantirem sua relação de emprego com as empresas ou mesmo com o Estado. O terceiro se refere às experiências históricas de cooperativismo que se evidenciaram frágeis quando estas se propuseram apenas a se constituírem como mais uma alternativa de emprego. O quarto esclarecimento se volta para a sustentabilidade das Cooperativas, uma vez que as mesmas devem estar vinculadas e assentadas nos valores da cooperação, autogestão, solidariedade e democracia concreta.

Todos os setores envolvidos neste estudo sejam os Convênios ou as Cooperativas, a eles devem se atribuir os conceitos da ética empresarial. Assim:

> Os desafios do mercado de hoje e as sérias falhas éticas que ocorrem em quase todos os setores empresariais exigem abordagens mais sofisticadas dos dilemas éticos [...] A integridade nos negócios hoje exige capacidade integrativa [...] Nenhum administrador pode se dar ao luxo, do ponto de vista econômico ou moral, de manter suas noções morais em um compartimento fechado, reservado para os casos mais estreitos e óbvios. (NASH, 1993, p.5).

Devido ao modelo neoliberal, numa economia cada vez mais globalizada, há o perigo crescente de degradação dos padrões de uma ação empresarial responsável diante da sociedade. Este princípio se aplica tanto aos Convênios quanto às Cooperativas, pois a degradação dos princípios éticos não se concilia com o desenvolvimento duradouro e humanamente justo, tampouco contribui para o êxito empresarial em longo prazo.

Os fatores de êxito na gestão dos negócios sejam eles em Cooperativas ou em Convênios devem se pautar na oferta de bons produtos e serviços, na inovação e eficiência e na astúcia em saber aproveitar os potenciais do mercado. Porém, o comprometimento com os valores humanos deve ser prioridade, associando a eficiência econômica e a viabilidade técnica a valores éticos inseridos num contexto social e humano mais elevados.

A prática empresarial que satisfaz os critérios éticos não se constitui apenas em oportunidade em tempos favoráveis. Trata-se de um investimento indispensável para garantir o sucesso da empresa em longo prazo. Segundo o que se delineou na Revisão da Literatura, especialmente no Código de Ética Odontológica, Cooperativas e Saúde Suplementar, o ideal deveria corresponder ao comprometimento com os valores comunitários, onde em todos os níveis da hierarquia deveria existir um esforço moral.

Os resultados descritos demonstram em alguns pontos que as Cooperativas se apresentam como alternativa viável para os profissionais cirurgiões-dentistas. Mas, vale destacar que cooperados motivados e satisfeitos não basta. É necessário que se olhe para o contexto social e para os clientes, no sentido que estes enxerguem as Cooperativas ou os Convênios com satisfação, que os valorizem e os apóiem, que se identifiquem com eles.

Do que se apresentou até aqui, pode-se concluir que tanto os Convênios, quanto as Cooperativas e os profissionais da Odontologia, estarão num bom caminho quando

voltarem suas metas para práticas eticamente refletidas e responsáveis, fator determinante para a conquista da confiança dos clientes e prosperidade da classe profissional, das Cooperativas e dos Convênios. Práticas que sinalizem preocupações mais elevadas e que não se dirijam apenas na emissão de sinais negativos que indiquem uma corrida febril e exagerada pelo lucro.

7.CONCLUSÃO

A análise operacional e organizacional realizado nos Convênios e Cooperativas da Região Metropolitana de São Paulo mostrou que essas últimas favorecem o desempenho profissional do Cirurgião-Dentista.

O objetivo comum revela o contraste com as situações distintas, pois o que a lei prescreve se traduz na justiça e preservação do bem comum. O profissional cirurgião dentista, diante do cenário que se apresenta e na quase irreal possibilidade de sobreviver diante de um mercado voraz pelo lucro, encontra nas Cooperativas um instrumento eficiente de organização, planejamento, otimização de custos, estudos, aperfeiçoamento e principalmente a maneira adequada de exercer a profissão com qualidade dos serviços prestados e justa remuneração, além da preservação da imagem de sua classe profissional.

O estudo que se apresentou até aqui acena para a necessidade da existência de planos de saúde com qualidade em suas propostas e que tenham com prioridade a saúde do cidadão brasileiro. Para tanto, há a necessidade de uma maior integração entre as operadoras, prestadoras de serviço e beneficiários, para que a mesma sustente uma relação duradoura e que seja satisfatória para todas as partes envolvidas.

As considerações obtidas neste estudo acenam para um melhor equacionamento do problema que envolve a saúde no Brasil, especialmente a saúde bucal através da política de saúde suplementar. O consumidor tem o direito de fazer sua opção quanto à assistência odontológica. Para os cirurgiões-dentistas, o desafio se traduz na liberdade de decidir seu credenciamento ou tornar-se um cooperado do sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informações em saúde suplementar**: relatório nacional: competência de agosto de 2004. Disponível em: URL: http://www.ans.gov.br/portal/site/perfil-gestores/caderno-gest.asp [2004 Dez 08].

Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação e saúde**: planos odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002. p.272.

Almeida AD. **Situação da odontologia suplementar no Distrito Federal**: cooperativa odontológica x odontologia de grupo. Disponível em: URL: http://www.ibemol.com.br [2005 Jun 08].

Almeida C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Brasília: IPEA; 1998. p.81. Texto para discussão – IPEA, n.599.

Aurélio. **Dicionário Novo Aurélio**; 1999, p. 549-550

Bahia L. **Mudanças e padrões das relações públicos-privados**: seguros e planos de saúde no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação e Instituto Oswaldo Cruz; 1999.

Barbosa N. **Formulações Aplicadas à Odontologia**. Minas Gerais: Editora RCN; 2003

Barsa. **Nova Enciclopédia Barsa** ; 2001

Becho RL. **Tributação das cooperativas**. São Paulo: Dialética; 2005.

Anais da 8. Conferência Nacional de Saúde; 1986 Mar 17-21; Brasília, Brasil. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Súde; 1987.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União** 1975 Jul 18: 8921. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 6.439, de 10 de setembro de 1977. Institui o Sistema Nacional de Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1977 Set 02: 11617. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990a Set 20: 18055. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990b Dez 31: 25694. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o artigo 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1993 Jun 22: 8269. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União** 1998a Jun 04: 1. Col. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2000 Jan 29: 5. Col. 2. Seção Extra.

Brasil. Ministério da Saúde. Medida Provisória n. 1.665, de 4 de junho de 1998. Altera dispositivos da Lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros

privados de assistência à saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1998b Jun 05: 2. Col. 2.

Brasil. Ministério da Saúde. Medida Provisória n. 1.928, de 25 de novembro de 1999. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1999 Nov 26: 13. Col. 2. Seção Extra.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada n. 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução de Diretoria Colegiada n. 65, de 24 de abril de 2001. Dispõe sobre as sociedades seguradoras especializadas em saúde. **Diário Oficial da União**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Seguros Privados. Resolução n. XX, 1998. Regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde e dá outras providências [Minuta]. **Diário Oficial da União**.

Campelo, Estênio. **Cooperativas de trabalho**. Brasília: Brasília Jurídica; 2004.

Conselho Federal de Odontologia. **Código de ética odontológica**: Resolução n. 42, de 20 de maio de 2003. Rio de Janeiro: CFO; 2003.

Cooperativismo. *In:* Nova Enciclopédia Barsa. São Paulo: Barsa; 2001. 18v.

Daruge Jr E, Daruge E, Grec W. **Aspectos éticos e legais no atendimento odontológicos por convênios.** Disponível em: URL: http://www.ibemol.com.br [2003 Nov 10].

Donnangelo MCF. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.

Favaret PF, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**. 1990; 33(2): 257-283.

Ferreira ABH. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.

Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) e a Federação Nacional dos Odontologistas (FNO). **Resultado da pesquisa sobre o perfil do cirurgião-dentista no Brasil**. Disponível em: URL: http://www.crors.org.br [2003 Nov 10].

Larousse. **Enciclopédia Delta-Larousse**; 1982, p. 530

Leisinger MK, Sschmitt K. **Ética empresarial**: responsabilidade global e gerenciamento moderno. Petrópolis: Rio de Janeiro; 2001.

Lima Neto, Arnor. **Cooperativas de trabalho**. São Paulo: Juruá; 2004.

Martins Filho, Ives Gandra da Silva. **Cooperativas de trabalho-**Labor Cooperatives. São Paulo: LTR; 2004.

Medici AC. **O setor privado prestador de serviços no Brasil**: dimensão, estrutura e funcionamento. Rio de Janeiro; 1989 [Mimeo].

Magera MC. **O Novo Complexo da Reestruturação Produtiva no Brasil**. Minas Gerais; Papel Virtual Editora; 2005.

Mendes EV. As políticas de saúde nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. *In*: Mendes EV, organizador. **Distrito Sanitário**: o processo social da mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1999.

Mendes HJ. **A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP** [dissertação]. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo; 2005.

Misi MC. **Cooperativas de trabalho**: direito do trabalho e transformação social. São Paulo: LTR; 2000.

Montone J. A regulamentação do setor de saúde suplementar. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS; 2000.

OCESP. **Organização das Cooperativas do Estado de São Paulo**;2005

Oliveira JA, Teixeira SMF. Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. *In*: Guimarães R, organizador. **Saúde e medicina no Brasil**: contribuição para um debate. 4.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.

Organização das Cooperativas do Brasil. Disponível em: URL: http://www.ocb.org.br [2005 Ago 25].

Pereira AC. **Odontologia em saúde coletiva**. São Paulo: Artmed; 2003.

Pereira JC. **Sobre os rumos do sistema educacional brasileiro**. Fórum Educacional. 1977; 1(4): 87-100.

Petrelli E. **Cooperativas: um caminho para os dentistas**. Disponível em: URL: http://www.odontoconcursos.com.br/entrevis.htm [2004 Mar 21].

Piccoli RM. **Licitações em sociedades cooperativas**. São Paulo: Juruá; 2004.

Pimentel AEB. **Como são constituídas as cooperativas**. Unifac em Revista. 2001;

Piola SF, Vianna SM, Vivas-Consuelo D. **Estudo Delph: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro**. Cad Saúde Pública.2002; 18 (Suppl): 181-190.

Rech D. **Cooperativas: uma alternativa de organização popular**. Rio de Janeiro: Fase; 1995.

Ribeiro M. Organizações cooperativas de agricultores e educação escolar: desafios a uma formação cooperativa. **Perspectiva**. 2004; 22(1): 167-194.

Rios LO. **Cooperativas brasileiras**. São Paulo: STS; 1998.

Rochael M. **Ação contra os abusos dos planos de assistência odontológica**. Disponível em: URL: http://www.cfo.org.br [2004 Nov 10].

SEBRAE. **Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas**. Dados ; 2005

Silva M. **Compêndio de odontologia legal**. São Paulo: Médica e Científica; 1997.

Silva PRF. **Cooperativas de trabalho, terceirização de mão-de-obra e direito do trabalho.** São Paulo: Lumen Júris; 2005.

Szklarowsky LF. **Convênios, consórcios administrativos, ajustes e outros instrumentos congêneres**. Boletim de Direito Municipal. 2000; 16(11): 705-708.

Travaglini F. **Cooperativa de saúde pode ser uma boa alternativa para movimentar o consultório**. Disponível em: URL: http://www.apcd.org.br [2003 Nov 27].

Vicente JCF. **Acompanhar o mercado é preciso**. Disponível em: URL: http://www.odontologia.com.br/artigos [2005 Ago 05].

Vieira S**. Cooperativismo ajuda a driblar a crise do desemprego nas cidades**. J Correio Popular, Campinas, 31 jul 2005. Caderno Empregos.

Zárate, P. **Comentários de Código de Ética**. Disponível em URL: http://www.netlignews.com. Acesso em 27 de Junho de 2004.

ANEXO 1 – CONVÊNIOS

01 - Número de usuários: _____.
02 - Tempo de funcionamento: _____anos.
03 – Indique o número de Cirurgiões-dentistas credenciados: _____.
04 – Indique o número de profissionais:

- Exclusivamente especialistas credenciados: _____.
- Exclusivamente clínicos gerais credenciados: _____.
- Ambos: _____.

05 – Quais são os critérios para o credenciamento de um cirurgião-dentista em seu convênio?

- Tempo de formação.
- Localização do consultório.
- Especialidades predominantes na área.
- Relatar outros: _____.

06 – Quais especialidades odontológicas são oferecidas aos usuários?

- Odontopediatria.
- Odontologia preventiva (sel-ATF-Profilaxia)
- Ortodontia
- Implante
- Prótese.
- Dentística
- Semiologia
- Cirugia buco-maxilo-facial.
- Periodontia
- Endodontia
- Todas as citadas
- Outros: _____.

7 – Quais os procedimentos mais realizados?

- Odontopediatria
- Odontologia preventiva
- Ortodontia
- Implante
- Prótese
- Dentística
- Semiologia
- Cirurgia buco-maxilo-facial
- Periodontia
- Endodontia
- Outros:_____.

8 – No caso de não haver um programa preventivo, você acha que seria necessário oferecer esse programa aos usuários:

- Sim
- Não
- Por quê? _____.

09 – Em quais situações poderá ser rescindido o contrato com o cirurgião-dentista?

- Descumprimento de normas internas.
- Insatisfação de usuários.
- Serviços inadequados avaliados pela perícia da empresa.
- Outros fatores: _____.

10 – Qual o prazo para que o cirurgião-dentista seja reembolsado pelos serviços prestados?

- Até 15 dias.
- Até 30 dias.
- Mais de 30 dias.
- Após o término do trabalho.
- Outro prazo.

11 – Quais os fatores que geram a contratação de novos profissionais?

- Aumento do número de usuários.
- Desligamento de profissionais.
- Necessidade de novas especialidades.
- Outros fatores: _____.

12 – O usuário tem acesso ao atendimento em quais locais?

- Sede própria.
- Somente credenciados.
- Os dois.

13 – O usuário é encaminhado diretamente ao profissional?

- Sim.
- Não
- Não sabe.

14 – O convênios exige uma perícia para autorização do procedimento?

- Sim.
- Não.
- Não sabe.

15 – Periodicamente, o convênio realiza vistoria nos consultórios credenciados, para fiscalizar se estão devidamente dentro dos padrões éticos e legais e das normas de segurança, segundo a lei vigente?

- Sim.
- Não.
- Não sabe.

16 - O convênio costuma fazer uma avaliação dos serviços prestados pelo profissional através de uma perícia?

- Sim.
- Não.
- Não sabe.

ANEXO 2 – COOPERATIVAS

01 - Número de usuários: _____.
02 - Tempo de funcionamento: _____anos.
03 – Indique o número de Cirurgiões-dentistas cooperados: _____.
04 – Indique o número de profissionais:

- Exclusivamente especialistas cooperados: _____.
- Exclusivamente clínicos gerais cooperados: _____.
- Ambos: _____.

05 – Qual o perfil do profissional cooperado?

- Tempo de formação profissional:_____.
- Residente na região: _____.
- Localização do consultório: _____.
- Outros (relatar):_____.

06 – Como foi criado (formado) o quadro de cooperados?
R:_____.
07 – Quais especialidades odontológicas são oferecidas aos usuários?

- Odontopediatria.
- Odontologia preventiva (sel-ATF-Profilaxia)
- Ortodontia
- Implante
- Prótese.
- Dentística
- Semiologia
- Cirugia buco-maxilo-facial.
- Periodontia
- Endodontia
- Todas as citadas
- Outros: _____.

08 - Quais os procedimentos mais realizados?

- Odontopediatria
- Odontologia preventiva
- Ortodontia
- Implante
- Prótese
- Dentística
- Semiologia
- Cirurgia buco-maxilo-facial

- Periodontia
- Endodontia
- Outros: _____.

09 – No caso de não haver um programa preventivo, você acha que seria necessário oferecer esse programa aos usuários:

- Sim
- Não
- Por quê? _____.

10 – Em quais situações poderá ocorrer o desligamento de um cooperado?

- Descumprimento de normas internas.
- Insatisfação de usuários.
- Falta de ética profissional.
- Cirurgião dentista insatisfeito com a remuneração.
- Serviços inadequados.
- Outros fatores: _____.

11 – Como são oferecidos os serviços das Cooperativas?

- A particulares.
- Comércio.
- Indústria.
- Todos.

12 – Quais os fatores que geram a inclusão de novos profissionais cooperados?

- Aumento do número de usuários.
- Desligamento de profissionais.
- Necessidade de novas especialidades.
- Todos os fatores.

13 – Os usuários têm acesso ao atendimento em quais locais?

- Sede da cooperativa.
- Consultório dos cooperdos.
- Os dois.

14 – Periodicamente, a cooperativa realiza vistoria nos consultórios dos cooperados para fiscalizar se estão devidamente dentro dos padrões éticos e legais e das normas de segurança, segundo a lei vigente?

- Sim.
- Não.
- Não sabe.

15 – A cooperativa costuma fazer uma avaliação dos serviços prestados pelo profissional através de uma perícia?

- Sim.
- Não.
- Não sabe.

Anexo 3 – Região Metropolitana de São Paulo

A Região Metropolitana de São Paulo, RMSP, é a maior região metropolitana do Brasil É composta por 39 municípios. Na tabela abaixo estão listados os municípios que fazem parte da RMSP, suas populações e domicílios em 2001 e suas classificações frente ao IDH, Índice de Desenvolvimento Humano.

	Municipio	População	Domicilios	IDH	ranking
o-alfa		base 2001	base 2001	base 2001	
1	Arujá	59185	15184	0,788	257
2	Barueri	208281	55383	0,826	44
3	Biritiba Mirim	24653	6371	0,75	534
4	Caieiras	71221	19039	0,813	95
5	Cajamar	50761	13714	0,786	276
6	Carapicuiba	344596	90840	0,793	218
7	Cotia	148987	38371	0,825	47
8	Diadema	357064	98172	0,79	245
9	Embú	207663	52940	0,772	384
10	Embú-Guaçu	56916	14367	0,812	100
11	Ferraz de Vasconcelos	142377	36608	0,772	379
12	Francisco Morato	133738	34024	0,738	586
13	Franco da Rocha	108122	26226	0,778	332
14	Guararema	21904	5900	0,798	181
15	Guarulhos	1072717	289833	0,797	191
16	Itapecerica da Serra	129685	33694	0,784	288
17	Itapevi	162433	41743	0,759	481
18	Itaquaquetuba	272942	68806	0,744	563
19	Jandira	91807	24424	0,801	165
20	Juquitiba	26459	6750	0,754	519
21	Mairiporã	60111	16121	0,803	151
22	Mauá	363392	98969	0,781	308
23	Mogi das Cruzes	330241	89020	0,801	166
24	Osasco	652593	181000	0,818	73
25	Pirapora do Bom Jesus	12395	3250	0,767	421
26	Poá	95801	24959	0,806	133
27	Ribeirão Pires	104508	28241	0,807	130
28	Rio Grande da Serra	37091	9722	0,764	439
29	Salesópolis	14357	3938	0,748	544
30	Santa Isabel	43740	11786	0,766	423
31	Santana de Parnaiba	74828	18598	0,853	7
32	Santo André	649331	185370	0,836	23
33	São Bernardo	703177	197847	0,834	28
34	São Caetano	140159	43393	0,919	1
35	São Lourenço da Serra	12199	3109	0,771	386
36	São Paulo	10435546	2984416	0,841	18
37	Suzano	228690	59619	0,775	362
38	Taboão da Serra	209215	52359	0,809	119
39	Vargem Grande	32683	8464	0,802	158

De acordo com o Censo de 2000, a Região Metropolitana e São Paulo, contava, no ano 2000, com quase 18 milhões de pessoas, ou seja, 48% da população do Estado de São Paulo

Anexo 4 – Comitê de Ética em Pesquisa

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 "**Convênios e cooperativas odontológicas na região metropolitana de São Paulo**", protocolo nº **031/2005**, dos pesquisadores **LUIZ SCHIAVOLIN NETO e MARCELO DE CASTRO MENEGHIM**, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 05/07/2005.

The Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that project "**A study of dental corporative and convention established in the metropolitan region of São Paulo, Brasil**", register number **031/2005**, of **LUIZ SCHIAVOLIN NETO and MARCELO DE CASTRO MENEGHIM**, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for researching in human subjects and was approved by this committee at 05/07/2005.

Cinthia Pereira Machado Tabchoury
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP

Jacks Jorge Júnior
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.