

**ANÁLISE DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE ODONTOLOGIA NO BRASIL:
UMA REVISÃO DE LITERATURA
ANALYSIS OF THE SUPPLEMENTARY HEALTH SECTOR OF DENTISTRY IN
BRAZIL: A LITERATURE REVIEW**

Bárbara Rafaela Santos¹

Luciano André Silva Fernandes¹

José Eudes de Lorena Sobrinho²

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar o setor de saúde suplementar em odontologia no Brasil, destacando-se a evolução, avanços e dificuldades do seu processo de regularização desde as Operadoras de Planos de Saúde até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Tratou-se de uma revisão de literatura cujos artigos científicos foram acessados na BIREME com as bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, com 2 estratégias: Portal de Evidências/*Cochrane, Medline*). Foram aplicados os descritores: saúde suplementar, seguro odontológico e setor de assistência à saúde. Relacionado à odontologia, os pontos negativos apresentados pelos prestadores foram a diminuição da autonomia na profissão, a burocracia, o salário baixo e a restrição em determinados procedimentos. Pontos positivos também foram encontrados: aumento da demanda e fidelização de pacientes de forma beneficente para os usuários. O crescimento das operadoras odontológicas no mercado acarretou em mudanças no processo de trabalho do cirurgião-dentista, pois o profissional liberal passou a ser prestador de serviços. De acordo com essa situação, é oportuno entender também a perspectiva dos usuários sobre os serviços oferecidos no campo da saúde suplementar.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde suplementar, seguro odontológico e setor de assistência à saúde.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the supplementary health sector in dentistry in Brazil, highlighting the evolution, advances and difficulties of its regularization process from the Health Plan Operators to the creation of the National Supplementary Health

¹ Acadêmicos do curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida ASCES-UNITA. Correios eletrônicos: barbararafaelasantos@hotmail.com e andre_fernandes_pe@hotmail.com

² Cirurgião-dentista, professor do curso de Odontologia do Centro Universitário ASCES-UNITA. Correio eletrônico: josesobrinho@asc.es.edu.br

Agency. This was a literature review whose scientific articles were accessed at BIREME with the Scielo (Scientific Electronic Library Online) and VHL (Virtual Health Library, with 2 strategies: Portal of Evidence / Cochrane, Medline) databases. The following descriptors were applied: supplementary health, dental insurance and health care sector. Related to dentistry, the negative points presented by the providers were the reduction of the autonomy in the profession, the bureaucracy, the low salary and the restriction in certain procedures. Positive points were also found: increased demand and patient loyalty in a beneficial way for users. The growth of the dental operators in the market led to changes in the work process of the dental surgeon, since the professional became a service provider. According to this situation, it is also appropriate to understand the users' perspective on the services offered in the field of supplementary health.

KEY-WORDS: Supplementary health, dental insurance and health care sector.

INTRODUÇÃO

Em meados dos anos 80 ocorreu uma grande ampliação do mercado da saúde suplementar no país, inicialmente atendendo somente em funcionários das grandes empresas privadas, através de contratos coletivos, e em seguida passando a oferecer planos ao cidadão comum, os planos individuais (NETO et al, 2016).

Com a criação da Constituição federal em 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) que promulgou o direito à saúde a toda população do país. Ao se afirmar a saúde como dever do Estado, surge a oportunidade de concretização de um sistema integrado, universal e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da população brasileira, com vistas ao fortalecimento da cidadania, mas os investimentos setoriais não seguiram o crescimento da cobertura de prestação de serviços. Assim, houve um crescimento de modalidades de seguros e planos de saúde, o que acabou por caracterizar o sistema que deveria ser único como composto e contínuo (PEREIRA et al, 2016).

No dia 03 de junho de 1998, foi publicada a Lei nº 9.656/98, que constitui o principal marco da regulação da saúde suplementar, dispendo sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, definindo relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários. Antes da promulgação dessa lei, os consumidores só recorriam ao Código de Defesa do Consumidor e aos Programas de Proteção e Defesa do Consumidor-

PROCON estaduais e municipais em casos de desordens com operadoras e planos de saúde (GARBIN et al, 2013).

No ano de 2000, através da promulgação da Lei no 9.961/2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde que tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento as ações de saúde no país, (Pereira et al, 2016). Com o decorrer de sua história, vem colocando normativas com intenção de cooperar para a satisfação dos usuários e prestadores de serviços, bem como equilibrar financeiramente as empresas deste setor (BARBOSA et al, 2015).

A função fiscalizatória da ANS é direcionada para uma perspectiva de ajustamento progressivo com os favorecidos, com as operadoras e com a sociedade civil organizada, promovendo um ambiente público regulatório equilibrado, agenciando uma regulação mais analítica do que punitiva (ANS, 2012).

Ao longo do tempo, ocorreram mudanças dessa atividade, surgindo assim, as Operadoras de Planos de Saúde (OPS), que são fiscalizadas e monitoradas pelo Estado e se responsabilizam pela assistência em saúde de uma grande parte da população (MIRANDA et al, 2013). Rendem também para o governo arrecadação de tributos, onde alguns constituem dados para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (NETTO, 2015).

Essas operadoras vêm ganhando força desde seu surgimento, acarretando mudança do perfil do cirurgião-dentista, resultando na perda indireta de sua autonomia, onde o atendimento odontológico era apenas realizado nas esferas particular e pública sendo colocado mais à frente no dia a dia dos profissionais com atendimento de pessoas que possuem planos odontológicos (VIEIRA et al, 2014).

Este trabalho tem como objetivo descrever o sistema de saúde suplementar de odontologia no Brasil através de uma revisão de literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

O trabalho presente foi categorizado como uma revisão de literatura do tipo narrativa. O estudo foi realizado no período de junho a setembro de 2017. As estratégias de buscas foram compostas por meios manuais e eletrônicos.

Os meios eletrônicos foram os artigos científicos acessados na BIREME com as bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde, com 2 estratégias: Portal de Evidências/Cochrane, Medline). Foram aplicados os seguintes descritores: saúde suplementar, seguro odontológico e setor de assistência à saúde. Com a ideia de aumentar o refinamento e peculiaridade, o operador OR foi empregado para minimizar publicações que não tenham como foco principal a saúde suplementar. Foram aplicados filtros quanto ao tempo de publicação (2007 e 2017) e quanto ao idioma (português). Foram consideradas todas as formas de publicação: livros, monografias, teses, dissertações, artigos.

Todas as publicações identificadas após filtros aplicados foram analisadas, excluindo-se as que não se incluíram à temática deste estudo. Em seguida, foram efetuadas leituras dos resumos, procedendo-se à nova exclusão daqueles que não versarem sobre a saúde suplementar em Odontologia. Todos os trabalhos restantes foram lidos na íntegra para inclusão e/ou exclusão a partir dos objetivos deste trabalho.

RESULTADOS

Com o cruzamento dos descritores 'saúde suplementar', 'seguro odontológico' e 'setor de assistência à saúde' foram encontrados 87 resultados na base de dados Scielo com operador OR. Os descritores foram cruzados em passo único, excluindo-se artigos com mais de 10 anos de publicados, em outros idiomas e que não se incluíram na temática do assunto, restaram 10 artigos, sendo 6 utilizados na revisão.

REVISÃO DE LITERATURA

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se institucionalizou o direito à saúde no Brasil, garantido mediante ações e serviços de saúde descentralizados, hierarquizados e com participação popular (BRASIL, 2011). No entanto, o SUS vem enfrentando desafios quanto ao seu financiamento e funcionamento, não acompanhando a necessidade de cobertura de prestação de serviços por parte da população. Tais fatos acarretaram na ampliação dos seguros e planos de saúde (CONILL, 2008).

A história desses planos se iniciou nos anos 60, e passaram-se em torno de 40 anos sem nenhum tipo de regulamentação específica. As empresas conseguiam realizar os serviços de acordo com o Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que regulamentava os seguros de saúde, o fazia sob o entendimento específico de seguro e

não possuía regra própria para os planos de saúde, que abrangesse operadora, prestador e usuário. Sendo regulamentado em 13 de Março de 1967, pelo Decreto nº 60.459, essa regulamentação era feita pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), com diretrizes deliberadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) (GARBIN et al, 2013; CARVALHO, 2007).

Ao decorrer da década de 1990, foi observado que a Saúde Suplementar obteve crescimento desordenado e desregulado, que induziu à aprovação da Lei n. 9.656/98 e, posteriormente, da Lei n. 9.961/2000, que instituiu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia que possui vínculo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Segundo o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), a ANS permitiu um entendimento maior do setor e a declaração de critérios para a entrada no mercado, funcionamento e acompanhamento econômico–financeiro das operadoras de planos e seguros de saúde. A inspeção também tende evitar que operadoras desonestas desfavoreçam os direitos e os interesses dos usuários e consigam benefícios sobre estes. O crescimento desta fiscalização acarretou conseqüentemente numa maior visão das dificuldades estruturais e dos desequilíbrios presentes no setor da saúde suplementar. Essa fiscalização não necessita ser exclusivamente desempenhada pela ANS, apesar de sua legalidade e competência, pode ser ajudado pelos Procons, que têm atividades estaduais e municipais, assim como por outros órgãos privados como as experiências de auto–regulação (BRASIL, 2010).

Após a aprovação da criação da ANS, em 2000, foi visto um aumento significativo no número de beneficiários nas operadoras de serviços excepcionalmente odontológicos, de 252% na modalidade odontologia de grupo (associação que vende ou possui o intuito de gerir planos odontológicos) e de 205% na modalidade cooperativa odontológica (operadora constituída por cirurgiões-dentistas, sem fins lucrativos, que comercializa ou opera planos essencialmente odontológicos), revelando um amplo aquecimento nesse setor. O aumento pode ter sido ocasionado devido às necessidades odontológicas dos usuários, ao difícil acesso no serviço público e ao potencial de nichos de mercado a serem descobertos. Devido às especificidades do setor saúde, por conta da assimetria de conhecimentos entre beneficiários, operadoras e prestadores, há a necessidade de se informar como se dá a relação entre esses atores e como ela interfere no modo de produção da saúde suplementar (GARBIN et al, 2013).

Dentro da oferta de saúde pelas empresas, o departamento que mais vem acendendo no Brasil é o da odontologia. Além do mais, conforme a *Lei nº. 3.520/04*, que

teve aprovação pela Comissão de Seguridade Social e Família do Congresso Nacional, empreendimentos com número superior de 500 servidores poderão ser obrigadas a trazer um âmbito de odontologia do trabalho (FILHO et al, 2008).

Embora o setor público empregue muitos dos profissionais de odontologia (em torno de 27% dos cirurgiões-dentistas do País são servidores públicos), a odontologia de mercado ainda possui a maioria dos profissionais. Contudo, é visto grande parte do setor privado autônomo estagnado e um crescimento gradativo das modalidades odontológicas na saúde suplementar (MANFREDINI, 2009; PIETROBON, 2010; ALMEIDA, 2011).

A área de planos odontológicos vive, ultimamente, uma fase importante dentro do sistema particular de atenção à saúde. Esse movimento confirma que a sociedade vem aderindo mais ainda esses serviços. (PIETROBON et al, 2008). O setor odontológico saiu mais de 3 milhões de beneficiários, em 2001, para mais de 7 milhões, em 2006, aproximando-se a 11 milhões em dezembro de 2008, o crescimento nesse período foi de mais de 200%. Em 2011, foi divulgado pela ANS, que o aumento no número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos foi de 14,9%, num total de 14.575.160 pessoas. Esse crescimento ainda é superior ao dos planos de assistência médica, que cresceu 8,7% em 2010 (GARBIN et al, 2013).

De acordo com a ANS, a caracterização das operadoras do segmento odontológico de acordo com a modalidade, a cooperativa odontológica apresentou 33,3% e a odontologia de grupo apresentou 66,7%, sendo 5,3% de grande porte, 14,5% de médio porte e 80,3% de pequeno porte. De acordo com esses dados percebe-se a predominância da modalidade de odontologia de grupo, que se formam em sociedades que comercializam ou operam planos odontológicos, e podem fazer parte de um plano médico-hospitalar ou ser exclusivamente odontológicos. Embora o segmento suplementar odontológico continue em crescimento, ainda existe uma grande diferença entre o número de beneficiários de planos odontológicos e de planos médico-hospitalares, que atingiram mais de 49 milhões em 2013, acobertando 25,3% da população brasileira (ANS, 2012).

Os serviços ofertados por meio de operadoras de planos odontológicos podem-se escolher entre os modelos assistenciais de odontologia de grupo, cooperativa odontológica, autogestão, administradora de serviços e seguradora (VIERA; COSTA, 2008).

Na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam apenas planos odontológicos recebem mensalidades regularmente, em salários fixos pré-determinados, não dependendo do valor dos procedimentos que o beneficiário venha a realizar. Já as cooperativas odontológicas, são formadas por sociedades de pessoas sem

fins lucrativos, constituída de acordo com o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde, como também a modalidade de cooperativa odontológica (PIETROBON et al., 2008; VIEIRA; COSTA, 2008).

A modalidade de autogestão é denominada por planos próprios patrocinados ou não por agências empregadoras, compondo o setor não comercial do mercado de planos e seguros. Oferece cobertura assistencial a aposentados, pensionistas, empregados ativados ou ex-empregados, e também a alguns grupos familiares, participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, sindicatos, fundações ou entidades de classes profissionais (MALTA; JORGE, 2008; VIEIRA; COSTA, 2008).

DISCUSSÃO

Pietrobon (2010) desenvolveu uma pesquisa qualitativa para compreender como a inserção no campo de saúde suplementar intervém na prática profissional do cirurgião-dentista. As respostas alcançadas indicaram que as operadoras odontológicas interferem e modificam os meios de sistematização e gerência do trabalho do profissional. Os dentistas que participam admitem que não estão contentes com a redução da autonomia no trabalho, mas declararam que a relação com as operadoras é necessária por questões financeiras e reconhecem que os planos de saúde permitem cuidados de saúde bucal por uma quantidade adicional da população. Este estudo também aponta que operadoras de planos de saúde odontológicos interferem efetivamente nos primórdios do imaginário profissional e produzem mudanças nas formas de organização, gestão e orientação do trabalho do cirurgião-dentista.

Em uma pesquisa mais recente, Neumann (2014) criou um estudo de caso nacional a respeito de um modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar. Ao observar através das operadoras de planos odontológicos, foram desvendadas divergências que se formam entre operadoras, prestadores, beneficiários e a ANS, e também a maneira como as operadoras se declamam com o SUS e as táticas frente ao desenvolvimento do mercado de planos odontológicos. Avaliou também a gestão das operadoras, o emprego de vários mecanismos microrregulatórios abrangendo usuários e prestadores, assim como a coerência que norteia a atenção à saúde bucal. Este estudo permitiu compreender que o modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar reflete o modelo hegemônico já consolidado no setor privado e não o modelo idealizado para o SUS.

Moraes (2014) conseguiu complementar o estudo de Neumann (2014): uma pesquisa relacionada ao vínculo entre os prestadores de serviço e as operadoras de planos odontológicos. Com uma pesquisa quantitativa, esse estudo demonstrou o ponto de vista de cirurgiões-dentistas do estado de Santa Catarina. Os empecilhos apresentados pelos prestadores foram principalmente a diminuição da autonomia na profissão, a burocracia, o salário baixo e a restrição em determinados procedimentos. Apesar disso, potenciais também foram encontrados, como o aumento da demanda, a fidelização de pacientes e também consideraram esse aumento da odontologia na saúde suplementar benéfico para os usuários.

De acordo com essa situação, entende-se a precisão e a importância de se entender também a perspectiva dos usuários sobre os serviços oferecidos no campo da saúde suplementar (SOARES, 2007). Segundo Vieira e Costa (2008), o setor de planos de saúde odontológicos é vigorosamente benéfico da concepção empresarial, proporcionando uma ampla competência na origem de produtos que favorecem o desenvolvimento e a firmeza dessas empresas no comércio. Os padrões de rendimento médio, particularmente dos empreendimentos de odontologia de grupo, são satisfatórios, sendo maior que qualquer negócio desse campo empresarial do país. Por outro lado, os profissionais vinculados às operadoras odontológicas têm apontado descontentamento em relação aos valores oferecidos pelas empresas pelos procedimentos acobertados, assim como compreendem modificações no assunto de autonomia profissional com o avanço da saúde suplementar como nicho de admissão dos profissionais no mercado de trabalho.

Em uma pesquisa realizada pela ANS (2013) avaliou-se a satisfação dos beneficiários de uma operadora de autogestão, onde 67,8% dos participantes afirmaram que recomendariam o plano, 32,3% não o recomendariam e apenas 1,5% não soube responder, evidenciando um alto grau de satisfação entre os usuários com relação à assistência odontológica vinculada ao seu plano de saúde. Entretanto, Freitas e colaboradores (2011) apresentam diversas dificuldades que se incluem no setor de saúde suplementar: do ponto de vista dos beneficiários, que tem acesso a uma assistência de qualidade; dos prestadores, que enfrentam a dificuldade de serem inseridos no processo de produção integral da saúde; das operadoras, que precisam articular a regulação sobre os prestadores e a segurança na qualidade aos beneficiários, sem perder a visão dos gastos da atenção; e da ANS, para desempenhar sua função regulatória.

Bragança (2011) afirmou que fatores como o crescimento no número de cirurgiões-dentistas, a redução da demanda particular e a crise do mercado, fizeram com que os

profissionais considerassem o convênio como uma opção atraente para consultórios vazios. Concordando com Bragança, Araújo e colaboradores (2012) demonstram que a forma de pagamento é uma situação negativa encontrada pelos cirurgiões-dentistas, onde os honorários não são compatíveis com o mercado. Em alguns planos os profissionais recebem por produção, porém o preço na tabela de cada procedimento é abaixo do normal, levando a insatisfação desses profissionais.

O CFO através dos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) tem a função de organizar comissões especiais regionalizadas, que devem avaliar os preços de honorários exercidos pelas empresas operadoras de planos odontológicos, com intenção de diminuir a diferença entre os valores recomendados na tabela do VRPO (Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos) e os atualmente ofertados pelas empresas operadoras (VEIGA, 2015).

Há também uma contestação sobre o rol de procedimentos obrigatórios no âmbito odontológico, o que envolve os profissionais, os beneficiários dos planos, as operadoras e a própria ANS. A relação dos procedimentos foi modificada em 2010 por meio de uma resolução normativa que propôs com consulta pública o que precisava ser alterado nas coberturas dos planos de saúde. Para a odontologia, foram adicionados 16 novos procedimentos, abrangendo alguns relacionados a próteses unitárias, o que vem acarretando uma série de denúncias na ANS devido a recusa da cobertura desses procedimentos por parte das operadoras. Segundo o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a recusa pode estar agregada aos baixos preços que as operadoras querem pagar ao cirurgião-dentista (BRASIL, 2010; CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2011).

Embora exista esse descontentamento com valores repassados pelos procedimentos prestados aos pacientes, a maioria desses profissionais vêem nos convênios odontológicos uma forma de movimentar a agenda do consultório, gerando fluxo de pacientes e aumento da renda profissional. Isso demonstra os motivos para grande quantidade de profissionais associados aos convênios odontológicos, além de render movimento de pacientes no consultório, induz a que outros pacientes criam que seu profissional é bem reconhecido e procurado (VEIGA, 2015).

A ANS não vem interferindo em negócios e contratos entre operadoras e prestadores devido a questões legais, sendo que a remuneração imprópria aos prestadores, junto ao crescimento na rentabilidade das operadoras e ao modo de pagamento da produção por procedimentos, pode estar induzindo ao sobretratamento e ao retratamento. Ou seja, estimulando a demanda de procedimentos curativos prestado

em detrimento dos programas de promoção e prevenção, os quais aproveitam tecnologias leves e com menor valor agregado (GARBIN, 2013).

A burocracia exigida pelos planos de saúde também é alvo de muitas queixas, tanto pela rede credenciada, quanto pelos beneficiários. Cinquenta por cento dos convênios estabelecem que os usuários façam uma perícia antes de começar o tratamento. Exigindo também que uma longa documentação seja enviada ao plano, para que seja realizada a autorização do tratamento. Mesmo com a autorização do procedimento o cirurgião-dentista só receberá pelo procedimento, na média de 30 dias após a realização do tratamento (VIEIRA, 2008).

No setor odontológico é visto a necessidade de trabalhar incentivos tanto para as operadoras que apresentam programas de promoção da saúde, como para prestadores, que desenvolvem poucos programas que contemplam a saúde bucal, sendo uma área considerada prioridade entre as ações de promoção de saúde (ANS, 2007).

Desta maneira, vem se repetindo o modelo de atenção curativo, fragmentado e ineficaz, que contradiz as propostas da ANS, que apresenta objetivo de que um sistema de saúde precisa promover a saúde, e não apenas curar doenças. A melhora da qualidade da saúde bucal da população depende de políticas públicas reguladoras que tragam qualidade e a integralidade da atenção tanto no setor público como no privado. Na saúde suplementar é importante o modelo de atenção se concentrar em necessidades a partir do conhecimento sobre o conjunto de beneficiários, e não só na lógica da oferta e demanda de procedimentos (GARBIN, 2013).

CONCLUSÃO

Observou-se que o crescimento das operadoras odontológicas no mercado acarretou em grandes transformações no processo de trabalho do cirurgião-dentista, com destaque para as mudanças no perfil de profissional liberal que passou a ser empregado e prestador de serviços. Ainda persistem problemas que requerem melhorias, tais como os baixos valores pagos aos profissionais conveniados e a perda de autonomia. Apesar disto, os estudos demonstram que os profissionais pretendem continuar trabalhando com essas empresas devido ao aumento da renda financeira.

Por sua vez, relacionado aos beneficiários, estes estão se mostrando mais satisfeitos com os serviços oferecidos pelo mercado da saúde suplementar, tendo em vista a relação custo-benefício, a qualidade dos serviços prestados, os prazos e a infraestrutura, justificando o aumento na adesão de novos usuários.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.** Rio de Janeiro, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Projeto da gerência-geral Técnico-assistencial dos produtos para Ações de promoção da saúde e prevenção de Riscos e doenças na saúde suplementar.** Dezembro 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Glossário Temático Saúde Suplementar.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011. Brasil. Ministério da Saúde.

ARAÚJO, M.F. et al. Convênios odontológicos: visão dos cirurgiões-dentistas do Município de Duque de Caxias/RJ. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 165-9, jul./dez. 2012.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. M; COSTA, G. M. C. A estratégia da Saúde da Família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. **Interface.** Botucatu, v. 19, n. 55, p.1101-8, 2015.

BRAGANÇA, D.P.P. et al. Avaliação dos procedimentos clínicos mais glosados nos convênios odontológicos. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo**, Passo Fundo, v.16, n.2, p.136-139, maio/ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** p. 368, Brasília, 2010.

BRASIL. Resolução normativa RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. **Diário Oficial da União.** Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). **ANS envia para consulta pública sugestões sobre alteração no número mínimo de procedimentos em saúde suplementar.** 2011. Disponível em: <<http://cfo.org.br/todas-as-noticias/fique-atento-as-noticias-relativas-a-ans-e-a-saude-suplementar/>> Acesso em: 04 nov. 2017.

CARVALHO, E. B; CECÍLIO, L. C. O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. **Cad. Saúde Pública** v.23 n.9 Rio de Janeiro set. 2007.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S; et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, p. 563-613, 2008.

FILHO, L. C. C; et al. Análise do impacto econômico-assistencial de duas abordagens para redução de custos em um plano odontológico de autogestão. **Cad. Saúde Pública** vol.24 no. 5 Rio de Janeiro Mai. 2008.

FREITAS, R. M; et al. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. **Physis**, v.21, n.4, Rio de Janeiro, out./dez. 2011.

GARBIN, D; et al. Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Santa Catarina, v. 18, n. 2, p.441-452, 2013.

MALTA, D. C; JORGE, A. O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535-1542, 2008.

MANFREDINI, M. A. **Atenção à saúde bucal no Brasil e perspectivas para o setor suplementar de saúde.** In: Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, p. 17-29, 2009.

MIRANDA, Geraldo Elias et al. **A glosa odontológica em uma operadora de grupo de grande porte.** RFO UPF [online]. 2013, vol.18, n.2, pp. 147-153.

MORAES, F. C. B. **Análise das relações entre prestadores de serviço e operadoras de planos odontológicos: visão do cirurgião-dentista** [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

NEUMANN D. G. **Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: Uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil** [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

NETO, J. M. L., et al. Remuneração de três planos odontológicos da cidade de Macéio-AL em comparação à tabela VRPO-CFO. **REV ASSOC PAUL CIR DENT**, v. 70, n. 3, p. 277-81, 2016.

NETTO, A. D. less – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **O financiamento da saúde no Brasil e a valorização da saúde suplementar**. São Paulo: N/a, 17 p, 2015.

PEREIRA, A. S, et al. Satisfação de usuários de planos odontológicos: um estudo de caso em uma operadora de autogestão. **RFO**, Passo Fundo, v. 21, n. 1, p. 49-54, jan./abr. 2016.

PIETROBON, L. et al. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1589-1599, 2008.

PIETROBON, L. **Planos de saúde**: uma análise das relações entre as operadoras, prestadores de serviço e beneficiários sob a visão do cirurgião-dentista [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis**, v. 18, n. 4, Rio de Janeiro, 2008.

SOARES, S. C. M. **Avaliação da Saúde Bucal na Atenção Básica: A Perspectiva do Usuário** [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.

VEIGA, P. B. Q, et al. Valores de remuneração profissional de três planos odontológicos da cidade de Maceió-AL em relação à tabela do CFO. **Odontol. Clín.-Cient**. Recife, v. 14, n.4, p. 813 - 818, out./dez., 2015.

VIEIRA, C; COSTA, N. R. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p.1579-1588, set./nov. 2008.

VIEIRA, S. L. G; et al. A auditoria odontológica nos serviços de saúde suplementar. **Salusvita**, Bauru, v. 33, n. 3, p.331-343, ago. 2014.