



**A IMPORTÂNCIA DO ENFOQUE PREVENTIVO NO ROL DE PROCEDIMENTOS  
ODONTOLÓGICOS EM SAÚDE SUPLEMENTAR**

**THE IMPORTANCE OF A PREVENTIVE APPROACH ON ODONTOLOGICAL  
PROCEDURES IN PRIVATE HEALTHCARE SYSTEM**

📍 **Adriana Paula de Souza Oliveira**

Cirurgiã-Dentista graduada pela FOUFMG; Especialista em Odontopediatria pela PUC/MG; Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de pós-graduação em Auditoria Odontológica da Faculdade Unimed<sup>1</sup>

📍 **Ronaldo Radicchi**

Mestre em Odontologia Legal – FOP/UNICAMP



## RESUMO

Este estudo tem como objetivo levantar, por meio de revisão bibliográfica, a importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos para reduzir e/ou controlar os custos de uma operadora ao mesmo tempo em que se oferecem serviços de qualidade com melhora na saúde bucal de seus beneficiários. A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico da temática proposta publicada no período de 2000 a 2019. O estudo mostrou que há uma necessidade de inversão do modelo assistencial hegemônico da odontologia para um modelo de atenção integral com tecnologias leves, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. O desenvolvimento e a valorização de ações preventivas no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar torna-se um importante instrumento de gerenciamento de custos a médio e longo prazo ao mesmo tempo em que possibilita uma melhora na saúde geral dos seus beneficiários.

**Palavras-chave:** Gestão. Odontologia. Saúde Suplementar. Prevenção.

## ABSTRACT

The purpose of this study is to establish, through a bibliographic review, the importance of a preventive approach in the roll of dental procedures to reduce and/or control the costs of an healthcare company while offering quality services that improves the oral health of their beneficiaries. The methodology used was the bibliographic survey ranging from 2000 to 2019. The study showed that there is a need to reverse the hegemonic model of dentistry care for a model of integrated care with light technologies, health promotion actions and prevention of diseases. The development and enhancement of preventive actions in dental procedures in health systems becomes an important medium and long-term cost management tool while improving the overall health of its beneficiaries.

**Keywords:** Management. Dentistry. Health System. Prevention.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente artigo de revisão foi direcionado para a área da saúde suplementar odontológica, com o objetivo de demonstrar a importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos para a redução e/ou controle dos custos de uma operadora, sem prejuízo para qualidade dos serviços prestados e da melhora na saúde bucal de seus beneficiários.

O atual modelo de atenção da saúde bucal é caracterizado pelo alto custo e baixa eficácia e efetividade, onde o atendimento odontológico, geralmente, ocorre em níveis mais complexos que o básico e de maneira centralizada com ações curativas focadas no tratamento da doença já instalada e não do doente (modelo flexneriano). Nos últimos anos, em particular antes de 1998, com o crescimento desordenado do número de operadoras e aumento da frequência de reclamações dos beneficiários tornou-se necessária a regulação Federal, a qual foi feita através da aprovação da Lei 9.656/98. Este documento legal foi criado com finalidade de regulação (habilidade de intervir nos processos de prestação de serviços, modificando ou guiando a sua execução) dos planos de saúde, incluindo aí os odontológicos. Com esta lei foi estabelecido um Rol de Procedimentos com uma cobertura mínima a ser oferecida pelas operadoras de planos (plano de referência). Porém, para as operadoras, a lei acarretou um acréscimo de custos e o aumento dos riscos do contrato.

Para minimizar os efeitos negativos sobre a sua organização, as operadoras de planos de saúde (OPS) vem se utilizando da auditoria como uma ferramenta de gestão e planejamento, com ações que possibilitam a redução ou manutenção dos custos ao mesmo tempo em que se mantém a qualidade dos serviços prestados e a promoção da saúde bucal. Neste contexto, a auditoria odontológica é um ramo da odontologia em expansão e cada vez mais necessária para o planejamento e gestão do Sistema de Saúde Suplementar seja sob forma de cooperativa, odontologia de grupo, seguradoras e autogestões.

Desta forma, foi utilizado para a realização do trabalho, um levantamento bibliográfico sobre o tema proposto através de consulta a periódicos científicos, sites de referência e acesso aos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi feita nas línguas português e inglês, abrangendo o período de 2000 a 2019. O trabalho possui uma estrutura básica: elementos pré-textuais; elementos textuais (introdução; desenvolvimento; conclusão) e elementos pós-textuais. As conclusões demonstram a importância da inclusão da prevenção no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar.



## 2 SAÚDE BUCAL NO BRASIL

Historicamente, a assistência odontológica pública no Brasil adquiriu estrutura a partir dos clássicos modelos de assistência a escolares denominado sistema incremental. Para o restante da população a assistência se dava de forma disseminada entre as variadas instituições, dentre as quais as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas. No início dos anos 70 o modelo Incremental já se mostrava ultrapassado pelo fato de ter se estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, bem diferente da concepção curativo-preventiva, o que provocou um aumento no número de dentes restaurados, mas sem nenhum impacto sobre os níveis de doença bucal (FERREIRA *et al.*, 2011).

Nos anos 70 surgiu a expressão Odontologia Simplificada que oferecia o aproveitamento racional do tempo do profissional de nível superior pelo surgimento, nesse período, do pessoal auxiliar. Segundo Ferreira *et al.* (2011), o número de consultas necessárias para chegar ao término do tratamento diminuiu ao mesmo tempo em que aumentava o número de usuários atendidos em função do aumento dos tratamentos concluídos. Embora essa odontologia discursasse sobre a importância da prevenção, sua prática priorizava o curativo, na medida em que não se transformavam os elementos estruturais da odontologia flexneriana (mecanicista, biologicista, individualista, especialista e curativista), mas apenas as racionalizavam (CALADO, 2002). Surgiu então a odontologia integral que enfatizava a mudança dos espaços de trabalho das escolas para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde e gerando uma assistência mais universal (FERREIRA *et al.*, 2011). Suas características principais foram a promoção e prevenção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica e desmonopolização do saber com incorporação de pessoal auxiliar, porém baseava-se ainda no Sistema Incremental. No final dos anos 80 e início da década de 90, o Programa Inversão da Atenção (PIA), cujo princípio básico é a mudança do enfoque de cura da cárie para o controle da cárie, estabeleceu um modelo centrado em três fases interrelacionadas: a primeira fase (estabilização) visava reduzir a incidência e a velocidade de progressão da doença bucal, utilizando-se de ações preventivas coletivas e individuais não invasivas, para o controle da doença, e ações individuais de tecnologia invasiva para o controle da lesão; na segunda fase (reabilitação) ocorria o restabelecimento da estética e função perdidas pelas sequelas da doença e a terceira fase (declínio), objetivava o controle da doença e da lesão e supondo-se trabalhar



com a população sobre os fatores condicionantes, com a introdução de noção e métodos de autocuidado (FERREIRA *et al.*, 2011).

Ao final da primeira década do século XXI, duas mudanças importantes ocorreram no âmbito dos serviços públicos e privados brasileiro: a entrada da saúde bucal na agenda de prioridades políticas do governo federal e o forte crescimento das operadoras de planos odontológicos (NEUMANN *et al.*, 2017).

Entretanto, apesar dos investimentos federais na saúde bucal, o sistema público ainda apresenta dificuldade em atender as demandas odontológicas e devido aos altos valores do atendimento particular, o sistema de planos privados vem avançando significativamente no país. Se antes os planos odontológicos eram um complemento do plano médico, hoje é uma alternativa de acesso da população, principalmente aquela que já possui cultura de prevenção (ANS, 2009).

Entretanto, com o crescimento desordenado das operadoras de planos de saúde, foi necessária uma intervenção federal com instituição da Lei 9.656/1998, que estabelece normas de regulação para as pessoas jurídicas de direito privado que prestem serviço na área de saúde, bem como efetiva as garantias básicas para os beneficiários da saúde suplementar através da instituição de um rol de procedimentos e eventos em saúde com cobertura mínima obrigatória revista a cada dois anos (BRASIL, 1998).

Essa intervenção se dá por meio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores (SANTOS & MERHY, 2006). A Lei 9.656/98 serviu também para definir as relações entre operadoras (capacidade das operadoras de se manter no mercado), produtos (valores e coberturas) e beneficiários (direito do consumidor). Antes da referida lei, as seguradoras de planos de saúde não tinham uma legislação exclusiva e seguiam as regras determinadas pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP). As demais operadoras, que também não tinham regulamentação específica, criavam seus próprios contratos, definindo as regras sobre direitos e deveres de contratantes e contratados. Os consumidores somente podiam recorrer ao Código de Defesa do Consumidor (CDC) e aos Procons estaduais e municipais no caso de conflitos com operadoras e planos de saúde.

Em janeiro de 2000 através da Lei no 9.961, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), uma autarquia sob regime especial vinculada ao Ministério da Saúde (MS) cuja missão é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar regulando (ato de regulamentar e de elaborar regras) as operadoras setoriais, inclusive quanto as suas relações com prestadores e consumidores (FENASAÚDE, 2016).



Segundo Garbin *et al.* (2013), a odontologia no setor suplementar está direcionada ao atendimento à demanda espontânea, focada na crescente especialização e fragmentação do cuidado, no enfoque curativo e restaurador do processo saúde-doença, sem considerar os determinantes sociais, culturais e econômicos das doenças bucais. Ainda, segundo Garbin *et al.* (2013), os conceitos de acolhimento e vínculo são pouco compreendidos pelos CDs, e a produção do cuidado em saúde bucal nos espaços relacionais é moldada pelos limites contratuais (pela microrregulação praticada pelas operadoras), pela predominância no uso de tecnologias duras e leve-duras e pela descontinuidade da linha do cuidado. Tudo isso contribui para a baixa eficácia, a baixa eficiência e a baixa efetividade das ações praticadas no setor (ANS, 2009; GARBIN *et al.*, 2013).

A estrutura da Odontologia Suplementar está na base biológica e individual, bem como no modo de produção capitalista, ocasionando ao processo de trabalho importantes alterações mercantilistas e éticas (NARVAI, 2006). Os cuidados de saúde bucal são transformados em mercadorias e consumidos apenas por uma parcela da população. Devido principalmente as formas de remuneração ao prestador de serviço, ocorre um aumento na geração de procedimentos e no consumo de serviços sem que haja uma linha de cuidado voltada à integralidade da saúde, ocasionando uma ameaça ao valor clínico da atuação profissional (GARBIN, 2013).

As formas mais comuns de remuneração, na odontologia suplementar, são por taxas de serviço (*fee-for-service*) e captação. Na remuneração por taxa de serviço, a mais usada pelas operadoras, o prestador é remunerado pelo ato realizado. Não há risco financeiro para o profissional, ao contrário do que ocorre para as operadoras. Para muitos autores, o *fee-for-service* é uma prática indutora de demanda e conseqüentemente desestimuladora de práticas preventivas com um aumento de custo para a operadora; tratamentos desnecessários ao beneficiário e fonte de lucro do prestador (SORIA *et al.*, 2002). Já o sistema de captação funciona com um pagamento de valor mensal fixo ao dentista por cada paciente que compõe a sua rede, independentemente do tipo de tratamento que será realizado. O risco financeiro é transferido ao prestador de serviço. É um modelo incentivador da prevenção e indicado principalmente para planos de assistência odontológica a crianças, pois na prevenção em crianças os resultados são melhores, mais rápidos e duradouros (SORIA *et al.*, 2002).

O grande número de profissionais no mercado parece induzir à baixa remuneração, que por sua vez parece induzir às fraudes e às práticas de tratamento com ênfase curativa que, do ponto de vista das operadoras, aumentam os custos (SORIA *et al.*, 2002).



Atualmente poucas operadoras detêm grandes números de beneficiários, pois as políticas regulatórias e a quantidade de normas a serem cumpridas levam ao aumento dos custos operacionais e à extinção das pequenas operadoras (GARBIN, 2017). Para minimizar os efeitos negativos sobre sua organização, as OPS vêm se utilizando da auditoria como uma ferramenta de gestão, com ações que possibilitam a redução ou manutenção dos custos ao mesmo tempo em que se mantém a qualidade dos serviços prestados e a promoção de saúde bucal dos seus beneficiários. Entretanto ocorre fragmentação do cuidado, que gira em torno da demanda e da oferta do que foi contratado, e não na linha da produção da saúde e do cuidado (GARBIN *et al.*, 2013).

Segundo NEUMANN *et al.* (2017) para as operadoras que se mantêm no mercado, o segmento odontológico tem se mostrado cada vez mais lucrativo, pois a taxa de sinistralidade (relação entre as receitas e despesas assistenciais) é menos que 50% dos valores arrecadados pelas mensalidades dos beneficiários (receita de contraprestações) em assistência e aproximadamente a metade do que a encontrada na assistência médica. Nos planos médico-hospitalares, o custo cresce ao longo do tempo, devido ao aumento de idade dos associados combinado com a incorporação de novas tecnologias com valor elevado; já nos planos odontológicos, o custo assistencial tem forte crescimento no início do período contratual devido principalmente a incorporação de beneficiários sem histórico de cobertura anterior. Após o período inicial, o custo assistencial é reduzido até atingir um patamar de manutenção da saúde odontológica que tende a se manter estável (ODONTOPREV, 2017).

Segundo Alves (2007), é através do mutualismo (mecanismo de cooperação voluntária, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de fundo mútuo) que ocorre a base de sustentação econômica do mercado da saúde suplementar.

Entretanto, o mercado de planos odontológicos apresenta especificidades expressas pelas relações contratuais e pelas imperfeições de mercado ocasionadas principalmente pela assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e prestadores, onde as operadoras não conhecem perfeitamente o risco da população a que prestará seus serviços (ALVES, 2004). Como principais falhas no mercado podem ser observadas: o risco moral e a seleção adversa (MALTA *et al.*, 2004). Atualmente, existem ferramentas tecnológicas e auditores qualificados com capacidade para auxiliar as empresas a se programarem em relação aos gastos com o benefício saúde, inclusive antecipando e prevendo possíveis riscos. A gestão de riscos com foco no incentivo a cuidados preventivos tem se mostrado uma alternativa extremamente eficaz (ANS, 2011).



Com a proposta de incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde, ou seja, incentivar as operadoras a criarem programas de promoção de saúde e prevenção, que enfatizem a atenção básica, aos prestadores a atuar como produtores do cuidado de saúde, e aos beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária, a ANS, desde 2004, tem desenvolvido o chamado projeto de qualificação da saúde suplementar (ANS, 2009).

Como parte de estratégia dessa política está a avaliação da qualidade, que segundo Ramos (2017), tem como princípios norteadores os 7 pilares da qualidade descritos por Donabedian: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A avaliação da qualidade das operadoras é feita em quatro dimensões: atenção à saúde; econômico-financeira; estrutura e operação e satisfação dos beneficiários que resultam em um índice denominado Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) (ANS, 2010). Entre os indicadores, dois se referem especificamente à saúde bucal: proporção de procedimentos preventivos em saúde bucal e número de consultas odontológicas iniciais por beneficiário (ANS, 2010).

Para grande número de operadoras a responsabilidade na promoção e prevenção da saúde bucal recai sobre os profissionais, uma vez que sugerem que cabe a eles orientar os pacientes para evitar uma atuação curativa. Elas têm interesse em realizar atividades de promoção e prevenção à saúde, porém com foco na redução de custos, uma vez que consideram que todo procedimento preventivo visa reduzir tratamentos reparadores ou curativos no futuro, o que é economicamente vantajoso a estas empresas (NEUMANN *et al.*, 2017).

Com base na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) do MS, a ANS tem estimulado as operadoras de planos privados a mudarem sua maneira de pensar em relação ao processo de trabalho que envolve o cuidado e a organização dos serviços de forma a assegurar a integralidade nas ações de saúde bucal, articulando-se o individual com o coletivo, a promoção e a prevenção com o tratamento e a recuperação da saúde; a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo, respeitando os limites da cobertura contratada. A utilização de protocolos para a indução das ações de promoção e prevenção com consultas educativas periódicas para todo o conjunto de beneficiários; utilização de informações epidemiológicas sobre o conjunto de beneficiários para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações implementadas; criação de mecanismos de “porta de entrada” no acesso ao sistema, no âmbito da atenção básica, em que o beneficiário deverá ser orientado por um clínico geral ou odontopediatra que ficará responsável pela referência e contra referência do beneficiário nos diferentes estágios de complexidade do sistema (especialidades); criação de estratégias de busca



ativa e identificação dos grupos de risco; acompanhamento do impacto das ações em saúde bucal por meio de indicadores confiáveis e contínuos; definição de uma política de educação permanente para a rede de prestadores, visando à uniformidade operacional e à práticas centradas na promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, pautando-se em evidências científicas que constituem as diretrizes da ANS (MINISTÉRIO DA SAÚDE – LAPPIS, 2007). Além da melhoria do cuidado, a implementação de estratégias de atenção primária contribui para a sustentabilidade do setor, já que são capazes de reduzir custos ao focar em prevenção e promoção da saúde.

A atenção básica faz parte do Rol de Procedimentos da ANS. Isto é, todos os planos odontológicos preveem a cobertura de consultas regulares ao dentista (consultas de manutenção preventiva), para raspagem supra gengival e profilaxia bucal (limpeza dos dentes), tratamentos simples como aplicação de flúor, para o controle de doença periodontal, para acompanhamento do desenvolvimento da oclusão e a interceptação de problemas oclusais; para se evitar a perda precoce de um dente e/ou a realização de procedimentos complexos e de altos custos. E isso se reflete na melhora da saúde bucal e na diminuição da incidência de certos agravos e torna-se condizente com a OMS que afirma ser a saúde bucal parte da saúde geral e essencial para o bem-estar das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANS, 2011).

## **2.1 IMPACTO POSITIVO DA PREVENÇÃO**

Segundo Bussadori (2014), atualmente a Odontologia Baseada em Evidências demonstra ser a prevenção, a detecção precoce de doenças e por consequência a preservação das estruturas dentárias, o que há de mais moderno na odontologia. Ações de conscientização, educação da população e prevenção se tornam essenciais para o controle da cárie dentária e deve ser iniciado o mais precoce possível, através das gestantes e mães de recém-nascidos.

Analisando o índice CPO-D (dentes cariados, perdidos ou obturados) que avalia a prevalência da cárie dentária em diversos países (principal agravo da saúde bucal) verifica-se que o Brasil obteve em 2010 o índice 2,1 de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010). O Brasil entrou para o grupo de países com baixa prevalência de cárie apesar de ainda não ter alcançado o recomendável (1,1). Ocorreu uma redução significativa de 25% no índice CPO-D entre os anos de 2003 e 2010. Este fato demonstra estar havendo uma mudança no modelo assistencial onde a prevenção tem se tornado a estratégia principal para a melhora da qualidade de vida e racionalização de custos assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE – Datasus, 2012).



O impacto da prevenção no nível de custos tem sido mais bem demonstrado através de estudos que se referem a pacientes hospitalizados. Em seu estudo, Bezinelli (2010) concluiu que a extensão e a severidade da mucosite oral estão correlacionadas com dias de internação e hospitalização e foram maiores no grupo sem atendimento odontológico. A autora concluiu ainda que o atendimento odontológico durante o tratamento oncológico é custo-efetivo, ou seja, os benefícios do atendimento odontológico excederam os custos e possibilitou uma melhor qualidade de vida ao paciente com economia para o hospital. Outro dado observado pela autora é que o atendimento odontológico utilizando-se de laserterapia foi capaz de controlar a mucosite oral com diminuição em torno de 13 vezes da chance do paciente apresentar graus severos de mucosite. Ainda segundo Bezinelli (2010), a diminuição de comorbidades (existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa) gera impacto no custo geral de tratamentos.

Segundo Rodrigues (2018), a higiene bucal adequada realizada em pacientes na UTI reduziu em 56% as infecções respiratórias.

Para Jardim *et al.* (2013), o risco de complicações sistêmicas em pacientes hospitalizados decorrente da má higiene bucal pode prolongar, em média, por 5 a 9 dias o tempo de hospitalização dos pacientes, o que provoca o aumento dos custos hospitalares.

## 2.2 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Sobre o aspecto preventivo na saúde suplementar, há um consenso entre os autores que cada vez mais se torna necessário a mudança do modelo curativo/restaurador para o modelo que utiliza a prevenção como a melhor estratégia para a melhora da saúde bucal e sistêmica da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANS, 2011; BUSSADORI, 2014).

Em relação ao controle de custos, a adoção de práticas preventivas poderia diminuir a sinistralidade das empresas através da diminuição de procedimentos complexos e de alto custo (NEUMANN *et al.*, 2017; BEZINELLI, 2010; JARDIM *et al.*, 2013). Consideram ainda que a auditoria odontológica seria uma ferramenta de gestão a ser utilizada na saúde suplementar para controle de qualidade e custos (GARBIN *et al.*, 2013).

## 3 CONCLUSÃO

Depois de realizadas a revisão bibliográfica, análise e interpretação dos dados, é possível observar que a auditoria odontológica como ferramenta de gestão de qualidade e custo para uma operadora de planos odontológicos é necessária devido principalmente ao modelo



predominantemente curativo que associado ao crescente número de dentistas, as formas de remuneração do prestador e as baixas tabelas que levam a um aumento da demanda ou a chamada demanda induzida de procedimentos para o profissional alcançar o seu ponto de equilíbrio financeiro com consequente aumento de custo para a operadora.

Em relação ao atual modelo assistencial, segundo os autores consultados, é necessário uma inversão do modelo hegemônico da odontologia para um modelo de atenção integral com tecnologias leves, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. A prevenção dos principais agravos da saúde bucal (cárie dentária, doença periodontal, câncer bucal, má oclusão e edentulismo) cuida mais do que de dentes, pois tudo no organismo está interrelacionado, além de eliminar ou minimizar a grande demanda pelos procedimentos mais complexos, de maior risco e maior custo.

O desenvolvimento e a valorização de ações preventivas no rol de procedimentos odontológicos na saúde suplementar torna-se um importante instrumento de reordenamento da situação econômico-financeira das operadoras de planos, uma vez que reduz o grau de complexidade dos tratamentos e dos custos mais elevados, ao mesmo tempo em que possibilita modelos mais compatíveis com as necessidades e bem-estar dos beneficiários.

A este respeito, novos estudos e pesquisa de campo são recomendáveis para que fique bem definida e caracterizada a importância da prevenção na manutenção de saúde bucal dos usuários de planos de saúde, bem como na minimização da frequência de procedimentos complexos e de risco maior, e diminuição de custo para as operadoras.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, S. L. Entre a Proteção e a Eficiência: Evidências de Seleção Adversa no Mercado Brasileiro de Saúde Suplementar Após a Regulamentação. *UC Berkeley: Berkeley Program in Law and Economics*. Disponível em: <https://bit.ly/2IKteaS>. Acesso em 19 fev.2019.
- ALVES, S. L. Estimando seleção adversa em planos de saúde. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 32, 2004. *Anais...* São Paulo: ANPEC, 2004. Disponível em: <https://bit.ly/2meYaAl>. Acesso em: 01 de jun.2018.
- BEZINELLI, L.M. *O Atendimento odontológico no transplante de medula óssea: impacto clínico e econômico*. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BRASIL. Agência Nacional de saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar*. ed. 4. Rio de Janeiro: ANS, 2011. 244 p.



BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação. 518p atualizada até a EC n. 97/2017, 2017.

BRASIL. Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS). *Modelos tecnoassistenciais na saúde suplementar, com base nas linhas de cuidado*. Relatório Técnico. Rio de Janeiro: LAPPIS; 2007.

BRASIL. Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília/DF, Seção 1, 29 jan. 2000.

BRASIL. *SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUSSADORI, S.K.; RAGGIO, D.P. Odontopediatria: prevenção e preservação das estruturas dentárias. *Conexão Unna*, out./nov./dez. 2014. p.8-11.

CALADO, Giselle Silva. *A inserção da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família: principais avanços e desafios*. 2002. 122 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

FENASAÚDE. *Sobre o Setor*. Disponível em: <https://bit.ly/2k9pqPM>. Acesso em: 02 de jun.2018.

FERRAZ JÚNIOR. Higiene bucal na UTI reduz em 56% infecções respiratórias. *Jornal da USP*, São Paulo, 19 jun. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/2lQGTWQ>. Acesso em: 24 jun.2018.

FERREIRA, E. B.; ABREU T. Q.; OLIVEIRA, A. E. F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. *Revista de Pesquisa Em Saúde*, v. 12, n. 3, 2011.

GARBIN, D. et al. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção de saúde e qualidade da atenção. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.441-452, fev.2013.

GARBIN, D. et al. Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 453- 474, jul. 2017.

JARDIM, E. G. et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 11, n. 35, jan./mar. 2013.

MALTA, D.C et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

NARVAI, P.C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista Saúde Pública*, v. 40, n. esp., p. 141-147, 2006.



NEUMANN, D.G.; FINKLER, M; CAETANO, J.C. Relações e conflitos no âmbito da saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 453-474, 2017.

ODONTOPREV. *Relações com Investidores*: mercado de odontologia. 26 de outubro de 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2lSf4UQ>. Acesso em 29 jun. 2018.

SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no estado brasileiro - uma revisão. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SORIA, M.L.; BORDIN, R; COSTA FILHO, L.C.; Remuneração dos Serviços de Saúde Bucal: Formas e impactos na assistência. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p.1551-1559, nov./dez. 2002.