

Relações e conflitos no âmbito da saúde suplementar: análise a partir das operadoras de planos odontológicos

I¹ Daniela Garbin Neumann, ² Mirelle Finkler, ³ João Carlos Caetano I

Resumo: Este estudo de abordagem qualitativa teve como objetivo compreender as relações e conflitos entre operadoras odontológicas, beneficiários e prestadores, além da interface com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com o Sistema Único de Saúde (SUS). A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de questionários aos representantes das operadoras, seguida de análise documental e de entrevistas semiestruturadas. A análise por meio da triangulação dos dados permitiu observar como principais resultados: que a lógica de redução de custos orienta as ações das operadoras e se reflete nas relações com beneficiários, prestadores e ANS; que é frágil a interface com o SUS; que há resistência à ampliação de coberturas; e que o crescimento do mercado é acompanhado de grande concentração. Não se pode ignorar a pujança da saúde suplementar na odontologia, mas é preciso discutir criticamente o papel do Estado, tanto como regulador deste mercado, quanto como indutor de um modelo de atenção à saúde bucal com maior qualidade e resolutividade.

► **Palavras-chave:** saúde suplementar, seguro odontológico, serviços de saúde bucal, setor privado, Sistema Único de Saúde.

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil (danigarbin@gmail.com).

² Departamento de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil (mirellefinkler@ufsc.com).

³ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC, Brasil (jcarloscaetano@yahoo.com.br).

Recebido em: 08/12/2016
Aprovado em: 30/05/2017

Introdução

A Constituição de 1988 legitimou a saúde como um dos direitos sociais através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e ao mesmo tempo definiu que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (BRASIL, 1988). Contudo, o racionamento dos recursos financeiros destinados ao SUS ao longo dos anos e a perspectiva de agravamento por conta de Proposta de Emenda Constitucional (PEC 55) – que pretende congelar gastos públicos por 20 anos, afrontando de maneira ímpar o texto constitucional – geram enormes dificuldades na implementação e manutenção de políticas públicas que evitem o agravo à saúde e garantam acesso a serviços (CNS, 2016).

Assim, observa-se o conseqüente deslocamento de certos estratos populacionais, especialmente trabalhadores formais, para o setor de planos e seguros privados de saúde (CONILL, 2008). Estes, que nas décadas de 1970 e 1980 vinham se ampliando significativamente (DAROS et al., 2016), passaram a configurar o setor de Saúde Suplementar, cobrindo cerca de 25% dos brasileiros (ANS, 2016). Uma cobertura que poderá ser ainda mais ampliada se a atual proposta de criação dos chamados “Planos de Saúde Acessíveis” (BRASIL, 2016) for aprovada.

Os serviços de assistência odontológica acompanharam este movimento, e após a regulamentação da saúde suplementar (BRASIL, 1998), observou-se um grande crescimento no número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. Embora o setor esteja experimentando ligeira queda do crescimento, por conta da conjuntura político-econômica brasileira, as taxas de variação do número de beneficiários ainda se mostram positivas em todas as formas de contratação. Dados recentes apontam uma cobertura de 11,3% dos brasileiros por estes planos (em torno de 22 milhões de pessoas). Os beneficiários estão, em sua maioria, na região Sudeste (56,7%), têm entre 20 e 49 anos (62,9%) e são vinculados a planos coletivos por intermédios das empresas onde trabalham (73,8%). Trata-se de um mercado altamente concentrado, pois 82% dos beneficiários estão vinculados a menos de 8% das operadoras. Salienta-se a lucratividade associada a este segmento, pois a taxa de sinistralidade (relação entre a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras) se mostra menor que 50% e aproximadamente a metade da taxa encontrada nos planos médico-hospitalares (ANS, 2016).

Com relação à odontologia no setor público, a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB (BRASIL, 2004) trouxe maior aporte de

recursos e o conseqüente crescimento da cobertura populacional por equipes de saúde bucal. Embora tenha havido recentemente um decréscimo no repasse de recursos por parte da União para a atenção básica à saúde, há atualmente cerca de 24.600 dessas equipes em 5.034 municípios e mais de 1.000 Centros de Especialidades Odontológicas espalhados pelo Brasil (BRASIL, 2016a). Observa-se também certa redução na prevalência de cárie dentária (BRASIL, 2011) e uma ligeira queda na proporção de brasileiros que nunca consultou um dentista (IBGE, 2010). No entanto, o sistema público ainda não tem a solidez necessária para enfrentar as iniquidades em saúde bucal e suprir as demandas da população (MOYSES, 2008; MANFREDINI et al., 2012), e o padrão de acesso e utilização de serviços odontológicos mostra grandes disparidades entre os estratos de renda. Os consultórios privados concentram a maior parte dos atendimentos, pagos por desembolso direto, porém, cada vez mais, por intermédio dos planos de saúde (PERES et al., 2012; PERES et al., 2012).

Esta configuração também influencia as formas de inserção dos cirurgiões-dentistas (CD) no mercado de trabalho. O aumento do número de CD levou à crise do modelo liberal por conta da maior concorrência (VIEIRA; COSTA, 2008; GARBIN et al., 2013), e cada vez mais os profissionais têm se vinculado às operadoras como estratégia de permanência no mercado. Assim, deparam-se com um terceiro ente interferindo no seu processo de trabalho e experimentam uma queda progressiva no poder de exercício da profissão como atividade autônoma (NEUMANN, 2014).

Ao mesmo tempo, os beneficiários de planos de saúde estão sujeitos a mecanismos impostos pelas operadoras para racionalização de gastos. Embora a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) defina um rol de procedimentos de cobertura obrigatória, a instituição de protocolos e fluxos que dificultam a realização de procedimentos e o copagamento são ferramentas adotadas e não reguladas, o que pode resultar na fragmentação do cuidado e interferir na qualidade da assistência (MALTA et al., 2004). Tal realidade – já comprovada no segmento de planos médicos (CECÍLIO et al., 2005; ANDRADE et al., 2009; BARROS et al., 2009; SCHOUT et al., 2009) – ainda é pouco conhecida na segmentação odontológica. Pesará ainda sobre esta configuração a atual proposta dos planos “populares”, que, se aceita, poderá reduzir a rede credenciada, limitar consultas e procedimentos, excluir doenças

congênitas e/ou preexistentes e até mesmo limitar o acesso ao plano por parte de idosos e doentes crônicos (IDEC; ABRASCO, 2016).

Diante desse contexto, realizou-se uma pesquisa a fim de compreender as relações e conflitos entre operadoras do segmento odontológico, prestadores, beneficiários, ANS e SUS, bem como as estratégias que adotam ante a ampliação de coberturas exigida pela ANS e ao crescimento do mercado. Tais conhecimentos podem contribuir com a regulação do setor por parte do Estado, ainda mais no atual cenário político, social e econômico do país.

Método

Este estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa, uma vez que buscou compreender o conjunto de relações existentes entre diferentes variáveis de um fenômeno contemporâneo e complexo, dentro de seu contexto real (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; LLEWELLYN; NORTHCOTT, 2007), tal como são as relações e conflitos no segmento odontológico da saúde suplementar no Brasil. Assim, a abordagem empregada, por trabalhar com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, permite compreender a complexidade de fenômenos deste tipo.

A variedade de técnicas de coleta de dados empregadas possibilitou sua análise por meio de triangulação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005), especialmente recomendado para melhor apreensão do objeto estudado. Isto porque o cruzamento de múltiplos pontos de vista pelo uso de várias fontes de evidência faz com que o pesquisador desenvolva linhas convergentes de análise, que resultam em achados mais convincentes e acurados (YIN, 2015).

A coleta de dados se iniciou após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer 167.022/2012). Os resultados aqui apresentados fazem parte de uma pesquisa que selecionou operadoras de planos exclusivamente odontológicos, sendo consideradas as empresas das modalidades odontologia de grupo e cooperativa odontológica. Uma vez que o mercado se mostra bastante concentrado, com poucas operadoras detendo grande número de beneficiários, optou-se intencionalmente por incluir as empresas de médio e grande porte (acima de 20.000 beneficiários cadastrados) como unidades de análise. Isto porque a amostragem em pesquisa qualitativa deve se esforçar para que a escolha

dos sujeitos possa contemplar o conjunto das experiências que se pretende alcançar com a pesquisa (MINAYO, 2014). Assim, 46 operadoras foram tidas como possíveis participantes da pesquisa.

Primeiramente, um questionário foi enviado a um representante do nível diretivo ou administrativo de cada uma dessas operadoras, com o objetivo de traçar um panorama sobre a odontologia na saúde suplementar no Brasil. Vale ressaltar que não se buscava naquele momento a comparação entre operadoras nem tampouco a generalização de resultados, mas uma maior aproximação dos pesquisadores com a organização geral das empresas e os conhecimentos sobre como isto poderia impactar nas relações e conflitos vivenciados neste locus.

Os resultados dessa etapa exploratória permitiram a seleção de três operadoras para a segunda fase de coleta por critérios de conveniência (agilidade na devolução do questionário, facilidade de contato com os representantes das empresas, receptividade e disponibilidade dos sujeitos e facilidade de acesso à sede da operadora). Foram então realizadas entrevistas semiestruturadas e análises documentais de relatórios de gestão, modelos de contratos e manuais destinados aos prestadores/beneficiários, buscando-se aprofundar a coleta de dados.

As entrevistas foram inicialmente realizadas com os representantes escolhidos pela operadora para recepcionar os pesquisadores. Ao final de cada entrevista, foi-lhes solicitado que indicassem outros informantes-chave, os quais pudessem aprofundar e elucidar questões mais específicas, dando prioridade a colaboradores dos setores de relacionamento com a ANS, de relacionamento com prestadores (incluindo o setor de auditoria quando existente) e do setor de ouvidoria e/ou atendimento ao cliente. A coleta de dados nessa etapa foi encerrada quando a pesquisadora percebeu certa redundância no conteúdo das últimas entrevistas, sem acréscimos significativos para os objetivos inicialmente propostos.

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, resultando em documentos de texto que, juntamente com os outros documentos disponibilizados, foram analisados com o auxílio do software ATLAS.ti®, de acordo com proposta de Minayo (2014). Assim, a análise seguiu a sequência de ordenação dos dados; categorização inicial, quando os dados foram fragmentados e livremente codificados; reordenação dos dados em categorias iniciais e, posteriormente, em categorias temáticas; e análise final à luz das referências teóricas adotadas no marco conceitual do estudo.

A fim de preservar o sigilo dos participantes, as narrativas apresentadas foram codificadas por letras e números que correspondem ao informante e à operadora representada pelo mesmo.

Resultados e discussão

Da análise dos dados coletados emergiram as seguintes categorias temáticas: relações e conflitos entre operadoras e beneficiários, ANS, SUS e prestadores; ampliação de coberturas; e crescimento do mercado de planos odontológicos.

Quanto às *relações entre operadoras e beneficiários*, as principais formas de comunicação e/ou contato dos beneficiários com as operadoras odontológicas ocorrem, segundo seus informantes, por meio de serviço de atendimento telefônico, além de serviços de ouvidoria, pesquisas de satisfação, boletins informativos impressos ou em meio eletrônico, e extratos de utilização dos serviços. Assim, percebe-se a natureza normativa e informativa destas relações, na maior parte do tempo direcionada pelos contratos estabelecidos; sendo os beneficiários percebidos como consumidores de um “produto” – o plano de saúde.

Depois que a gente lança o contrato no sistema a gente faz o pós-venda. A gente liga para o associado, tira qualquer dúvida e passa a informação do número da carteirinha (INFORMANTE 2 – OPERADORA 2).

Em estudos com operadoras de planos médico-hospitalares (MALTA et al., 2005; MALTA; JORGE, 2008; FREITAS et al., 2011) os resultados foram semelhantes, destacando o caráter informativo, orientador e de recebimento de reclamações nos serviços de relacionamento das operadoras. As demandas que chegam a estes serviços remetem, por exemplo, às questões sobre a utilização do plano, marcação de consultas, autorização para a realização dos procedimentos e reclamações. Quanto a possíveis situações de conflito, alguns informantes relataram que a dificuldade dos clientes em acessar a rede prestadora tem ocasionado cancelamento de contratos.

Então muita gente cancela [...] ou porque teve algum problema no atendimento com o dentista, não conseguiu... às vezes não consegue fazer o atendimento, a marcação de consulta dependendo da região (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

A assimetria de informações entre operadoras e beneficiários, bem como mecanismos de controle de acesso impostos pelas empresas, são fatores que levam a falhas na assistência no âmbito da saúde suplementar. Em um estudo que

considerou as relações entre satisfação, assimetria de informação e cuidado em saúde através das demandas de beneficiários (DAROS et al., 2016), os resultados mostraram a imposição de condicionantes para o acesso e a rigidez burocrática, parecendo impedir o uso dos serviços contratados no tempo necessário para a resolução das demandas.

Os beneficiários nem sempre têm clareza das coberturas e limites contratuais, e a linguagem técnica dificulta o entendimento leigo, podendo os iludir quanto ao verdadeiro alcance do seu plano de saúde (MALTA et al., 2005; CONILL et al., 2009). Assim, cabe dizer que se é fato que o acesso à assistência e a integralidade da atenção à saúde bucal ainda não estão assegurados no SUS (CONILL, 2008), tampouco estão no segmento odontológico da saúde suplementar.

Outra questão está relacionada ao provável estabelecimento de vínculo com os beneficiários, o que seria possível pela livre escolha para o acesso aos serviços – característica do setor que, segundo os sujeitos, o difere do SUS:

Na operadora você tem essa liberdade [...] os meus dentistas, a média que eles estão comigo é de 15 anos, então existe realmente um relacionamento. Eu tenho empresas que estão comigo há 33 anos, nessas empresas aquele bebê que estava com um ano de idade hoje é um adulto e tá levando os seus filhos no mesmo dentista... (INFORMANTE 1 – OPERADORA 1).

Segundo Silva Jr. e Mascarenhas (2004), o conceito de vínculo pode ser entendido em três dimensões: da afetividade, da relação terapêutica e da continuidade. Na primeira, o profissional de saúde se interessa pelo paciente, estabelecendo com ele um vínculo estável que se torna valioso instrumento de trabalho. Na dimensão terapêutica, busca-se uma nova forma de cuidado, na qual a interação e a convivência superam a intervenção e o domínio na relação entre profissionais e pacientes. Por último, a continuidade consiste em um fator de fortalecimento do vínculo e mútua confiança nesta relação, através da responsabilização do profissional sobre o processo de atenção ao paciente.

No entanto, Daros (2016) coloca que na saúde suplementar, ao contrário do sistema público, não há um arranjo que favoreça a constituição de linhas de cuidado, o que termina por determinar que o atendimento seja focado nos especialistas e nos procedimentos, impossibilitando, de certa forma, a manutenção de vínculo, tal como é compreendido no campo da saúde coletiva. Assim, o que se vê na fala acima é o entendimento de vínculo como uma fidelização do cliente, e não uma referência segura para o beneficiário, com responsabilidade sobre sua saúde integral.

Dando seguimento, buscou-se compreender *as relações entre as operadoras pesquisadas e a ANS*. Nesta categoria, os informantes enumeraram mudanças percebidas no período pós-regulamentação. Quanto aos aspectos positivos elencados, destacam-se a profissionalização da gestão, maior eficiência na prestação dos serviços, maior segurança aos beneficiários e expansão da rede prestadora. Alguns informantes consideraram positiva a atuação da ANS, tanto com relação ao maior controle financeiro das operadoras, como pela padronização, que trouxe maior transparência ao setor.

Hoje em dia nós temos um padrão, uma tabela única, uma nomenclatura única, então você comercializa um produto e esse produto é padrão para todas as operadoras, você cria uma concorrência leal (INFORMANTE 2 – OPERADORA 1).

O marco regulatório da saúde suplementar (BRASIL, 1998) é considerado um importante avanço no âmbito do setor privado de assistência à saúde, pois estabeleceu a regulação financeira das operadoras, determinou coberturas obrigatórias e os tipos de segmentação. As funções básicas das agências regulatórias, especificamente da ANS, seriam a de garantir que os contratos entre operadoras e beneficiários sejam cumpridos, ou seja, que não haja nenhum tipo de interferência política ou de qualquer outra ordem que afete ou inviabilize o seu cumprimento; de garantir o fornecimento regular com baixa interferência no serviço prestado; e de tornar-se parceira da qualidade deste serviço (GERSCHMAN et al., 2012).

Na análise documental se pôde perceber a tradução destas obrigações, principalmente nos contratos estabelecidos entre operadora e beneficiário, como, por exemplo, em:

O presente contrato tem como objeto a prestação continuada, sem limite financeiro, de assistência exclusivamente odontológica sob a forma de plano de saúde nos termos do art. 1º, I, da Lei nº 9.656/98 [...], para garantir a execução dos atos odontológicos cobertos por este contrato, conforme rol de procedimentos publicado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, e suas atualizações (DOCUMENTO 1 – OPERADORA 1).

Entretanto, percebe-se a diversidade de opiniões sobre as políticas regulatórias a que estão sujeitas as operadoras, bem como sobre a quantidade de normas a ser cumpridas. São questões que levam ao aumento dos custos operacionais e, conseqüentemente, à extinção de pequenas operadoras.

A operadora é uma gincana eterna, é impressionante a quantidade de demanda que se tem, você tem uma demanda imensa para conseguir crescer num mercado competitivo, tem uma regulamentação extraordinária porque além da regulamentação normal

de qualquer empresa tem uma regulamentação específica da ANS, tem que dar conta disso e a toda hora tem uma coisa nova (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Eu entendo que a ANS trouxe coisas positivas e também coisas não tão positivas [...] Ela de uma certa maneira restringe o nosso trabalho [...] Então a partir desse momento nós começamos a ter que adequar a nossa empresa e veio uma dificuldade muito grande... (INFORMANTE 1 – OPERADORA 3).

Estes resultados se mostraram semelhantes aos obtidos com operadoras médicas (MALTA et al., 2005), que se posicionam ora defensoras da atuação da ANS, ora insatisfeitas com as limitações impostas pela legislação, por conta do desequilíbrio financeiro. Entretanto, sabe-se que as operadoras, de um modo geral, têm sido privilegiadas por renúncias fiscais, além de outros subsídios e isenções. Mesmo assim, permanece o jogo de forças entre a regulação e as empresas, inclusive com o financiamento de campanhas políticas por parte dessas, na tentativa de obter privilégios como a aprovação, pelo Congresso Nacional e Governo Federal, de medidas que beneficiam economicamente o setor (BAHIA; SHEFFER, 2014).

Na categoria que abraça *as relações das operadoras com o SUS*, os participantes discorreram sobre questões que envolvem uma das obrigações que geram mais conflitos no setor, o chamado ressarcimento, no qual as operadoras de planos privados de assistência à saúde devem devolver aos cofres públicos um eventual atendimento de usuários que estejam cobertos por planos de saúde (BRASIL, 1998). Embora os sujeitos tenham demonstrado conhecimento sobre a regulamentação que trata do ressarcimento, relataram que, na odontologia, o ressarcimento não acontece, pela pouca oferta de serviços de saúde bucal no setor público.

Teoricamente a lei é a mesma, mas como o SUS não dá o atendimento odontológico a gente nunca teve nenhuma solicitação de ressarcimento porque não tem, a gente não tem paciente que tenha sido atendido pelo SUS (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Não existe no texto legal qualquer distinção entre os tipos de atendimento a ser ressarcidos, porém o mesmo tem sido restrito às internações hospitalares, e praticamente inexistente reembolso por operadoras da segmentação odontológica (BRASIL, 2016b). Isto ocorre principalmente pela dificuldade de comunicação entre os sistemas de informação do SUS e da ANS, o que leva a falhas na identificação dos beneficiários atendidos no SUS. No entanto, a ANS tem buscado a integração dos sistemas, exigindo que as operadoras cadastrem o número do Cartão Nacional de Saúde de seus beneficiários (ANS, 2012).

Ainda em relação à interface SUS/saúde suplementar, as narrativas demonstram que os respondentes parecem desconhecer a existência de uma Política de Saúde Bucal no âmbito do setor público e têm, além disso, percepções sobre a qualidade dos serviços públicos de saúde bucal que remetem a um paradigma histórico de exclusão, práticas pouco resolutivas e que não contribuíram para a melhoria das condições de saúde bucal da população (NICKEL, LIMA, SILVA, 2008).

Quando você tem um convênio é claro que você é muito bem atendida, mas quando você está no sistema público eu acredito que não muito, porque eu conheço pessoas que esperam 3, 4, 5 meses para serem atendidas [...] Eu vejo o sofrimento das pessoas (INFORMANTE 3 – OPERADORA 1).

Eu acho que vai demorar bastante para o SUS conseguir dar um atendimento minimamente de qualidade, acho que não vai ser fácil, entendeu? (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Sabe-se que a PNSB representa o resgate ao direito do cidadão à atenção em saúde bucal, porém seus avanços em termos de acesso e cobertura ainda estão longe de garantir o princípio constitucional da universalidade e da integralidade. Permanecem, portanto, grandes diferenças no acesso e na utilização de serviços em função dos extratos socioeconômicos, sendo ainda o setor privado responsável pela maior parte dos atendimentos odontológicos (PERES KG et al., 2012; PERES MA et al., 2012).

Em função destas insuficiências, da importante influência de um modelo de atenção em saúde bucal edificado em bases que fortalecem a prática privada (NARVAI, 2006), bem como da disputa de interesses político-econômicos permanentemente presentes, pode-se inferir que os entrevistados reforçam a visão negativa e parcial sobre o SUS. Tal concepção, amplamente difundida nas mídias de massa e nos setores políticos mais conservadores da sociedade, acaba funcionando tanto como critério para julgamento prévio do sistema, gerando literalmente pré-conceitos, quanto como justificativa da preferência pela assistência no âmbito privado (MENICUCCI, 2008). Preferência esta que se revelou nos resultados, quando os informantes – mostrando evidente desconhecimento sobre o SUS e sobre saúde coletiva – chegaram a sugerir que a lógica de organização da saúde suplementar seria uma solução para a oferta de saúde bucal no SUS e não ao contrário:

Se o SUS tivesse a disposição de fazer isso através das operadoras, entendeu? Assim como o SUS hoje paga para diversas clínicas médicas. As operadoras têm essa

capilaridade e capacidade técnica de fazer e avaliar se tem fraude inclusive. Essa poderia ser uma saída para que o SUS viabilizasse o atendimento (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Mais do que falta de conhecimento sobre os alicerces que fundamentam o SUS, percebe-se que os entrevistados encontram na “ineficiência do sistema público” uma oportunidade de negócio, uma forma de ampliar ainda mais a mercantilização da saúde. Essa realidade é evidenciada na perspectiva de autorização para a venda de planos mais baratos e de cobertura limitada (IDEC; ABRASCO, 2016). Na odontologia, este conjunto de ideias se reforça tanto na dificuldade que o Brasil ainda enfrenta para garantir a devida valorização da saúde bucal como política de Estado, como na própria conformação do sistema de saúde brasileiro, dependente ainda em grande escala de contratos com o setor privado para ofertar serviços (FINKLER et al., 2009; VICTORA et al., 2011).

Quanto à categoria das *relações entre operadoras e prestadores*, os dados apontam que as operadoras reconhecem a importância de uma relação saudável com os profissionais prestadores. Ao mesmo tempo, há o estabelecimento de determinadas normas de conduta e rotinas de trabalho, as quais interferem na atuação profissional. Tais interferências revelam relações desiguais de poder, tendo como pano de fundo a regulação exercida pela ANS.

A maior preocupação nesse momento é fidelizar sobretudo os dentistas, porque sem dentista a gente não existe (INFORMANTE 1 – OPERADORA 1).

O dentista [...] a partir do momento em que ele se envolve, nós temos que cumprir normas de segurança, ANS, então ele deixa de fazer o que quer e tem que cumprir as normas (INFORMANTE 1 – OPERADORA 3).

Dessa forma, as relações entre operadoras e prestadores ocorrem segundo uma lógica própria, ditada, de um lado, pelo protagonismo de múltiplos atores, cada um deles com controle diferenciado de recursos e, por outro, pela existência de certas regulações ou regras externas ao campo que, de alguma maneira, configuram a possibilidade de esses atores agirem com mais ou menos liberdade (CECÍLIO et al., 2005). Disputas de poder entre prestadores e operadoras levam a uma série de conflitos, principalmente relacionados aos procedimentos assistenciais, como divergências relacionadas à necessidade de autorização prévia para atendimento e ao preenchimento de fichas e prontuários. Os informantes ainda relataram que muitos prestadores excedem a quantidade ou acabam incluindo, na sua produção, procedimentos que não realizaram. A presença do auditor na operadora tem como

uma de suas funções evitar que estas fraudes aconteçam, e acaba se traduzindo em mais um fator de conflito.

Na realidade existe uma guerra entre auditor e profissional [...] Na realidade a gente quer uma qualidade de serviço que nem sempre existe (INFORMANTE 2 – OPERADORA 3).

Em termos gerais, tais conflitos são ocasionados pela tensão entre a autonomia técnica do profissional e a relação contratual estabelecida entre as partes (DAROS et al., 2016), sendo que uma das possíveis situações que levam os profissionais a cometerem fraudes é o descontentamento com os valores pagos aos mesmos pelos procedimentos odontológicos, fato já discutido em estudos que abordam a inserção do cirurgião-dentista na saúde suplementar (D'AVILA et al., 2007; VILELA et al., 2010). Este é um dos principais motivos de conflito entre prestadores e operadoras. As operadoras, por sua vez, reconhecem a baixa remuneração aos prestadores.

A gente tenta manter um relacionamento realmente próximo (com o prestador), nem sempre é fácil porque existe uma questão financeira, evidentemente tem um jogo de interesses divergentes (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Contudo, ao pesquisar sobre a lucratividade do segmento odontológico da saúde suplementar (ANS, 2016), percebe-se que as operadoras investem, em média, menos de 50% dos valores arrecadados pelas mensalidades dos beneficiários em assistência. Este número é um pouco maior na modalidade cooperativa odontológica, mas fica longe da despesa assistencial das operadoras médicas, que ultrapassa 80%. Mesmo que esta diferença seja devida ao maior custo dos procedimentos médicos, quando comparados aos odontológicos (PIETROBON et al., 2008), é possível que o segmento odontológico da saúde suplementar represente um dos setores empresariais mais lucrativos do Brasil (VIEIRA; COSTA, 2008; GARBIN et al., 2013).

Diante dessa realidade, a *ampliação de coberturas por conta de exigências regulatórias* foi mais uma categoria que emergiu dos dados e representa, para os participantes deste estudo, um fator bastante impactante do ponto de vista da saúde financeira das empresas:

Você não pode simplesmente impor sem saber que aquilo vai impactar financeiramente, eu gostaria muito que todo mundo tivesse acesso a clareamento, tivesse acesso a implante e tudo mais, mas tudo isso tem um custo e quem vai pagar a conta? (INFORMANTE 1 – OPERADORA 1).

A narrativa apresentada corrobora estudo que analisou o mercado da saúde suplementar, no qual as operadoras relataram fazer “o que a ANS manda” em relação à incorporação de novas tecnologias, orientando-se pelo rol definido pela Agência, sem cobrir tecnologias adicionais (BARROS et al., 2009). No segmento odontológico, a incorporação de tecnologias poderia ocorrer de maneira mais segura, uma vez que a previsibilidade das doenças bucais tende a ser mais alta do que na área médica, possibilitando um cálculo mais preciso dos custos envolvidos (PIETROBON et al., 2008). Contudo, ante a outra característica dos planos odontológicos, a seleção adversa – na qual os indivíduos com maiores necessidades de tratamento odontológico tendem a procurar mais pelos planos de saúde –, a inclusão de novos procedimentos pode funcionar como indutor de demanda. Este processo se dá especialmente com beneficiários de planos individuais, levando ao aumento da sinistralidade e, como consequência, aumento dos custos.

Dessa forma, percebe-se a resistência das operadoras em incorporar procedimentos e novas tecnologias, inclusive os exigidos pela ANS. Assim, este processo é visto também e somente sob a ótica mercantil, menosprezando-se o fato de que, para a integralidade do cuidado, é imprescindível ofertar tanto as ações de promoção e prevenção, como as de tratamento e reabilitação, conforme preconizado nas diretrizes da PNSB (BRASIL, 2004).

Finalmente, os participantes foram questionados sobre *o crescimento do mercado de planos odontológicos*. As operadoras investigadas reconheceram o grande crescimento no número de beneficiários nos últimos anos, apontando como razões a falta de acesso à assistência odontológica no setor público, os altos valores cobrados no setor privado por desembolso direto e o aumento do poder de consumo da população.

Embora haja de fato uma expansão significativa do mercado odontológico na saúde suplementar (VIEIRA; COSTA, 2008; PIETROBON et al., 2008; MANFREDINI, 2012; GARBIN et al., 2013), a cobertura ainda permanece distante da alcançada por planos de assistência médica. Dados relativos ao primeiro semestre de 2016 (ANS, 2016) comprovam que, mesmo considerando algumas segmentações de planos médicos que oferecem cobertura odontológica agregada, há uma distância significativa entre os 22 milhões de usuários de planos odontológicos e os mais de 48 milhões que possuem planos de assistência médico-hospitalar.

Com relação à mobilidade social como fator determinante para o fortalecimento do mercado de planos de saúde, Bahia (2013) já ponderava que no restante do mundo, a ascensão das massas trabalhadoras a melhores condições de vida tem originado tanto sistemas públicos de saúde robustos quanto favorecido a indústria de seguros e planos de saúde, de modo que jamais se poderia pensar no país como “predestinado à privatização da saúde”. Já fatores como a falta de acesso à assistência odontológica de financiamento público e/ou por desembolso direto parecem alavancar, de fato o crescimento da saúde suplementar (GARBIN et al., 2013; NEUMANN, 2014). Mas é importante salientar que o modelo da odontologia de mercado, predominante no setor, não tem demonstrado eficiência na mudança do perfil epidemiológico em relação à distribuição das doenças bucais na população (NARVAI, 2006).

As narrativas revelaram também que há uma preocupação das operadoras para enfrentar a concorrência cada vez maior no segmento. Nesse sentido, corroboram com uma das características da segmentação odontológica do setor de planos privados de saúde: a grande concentração do mercado, principalmente após o marco regulatório (GARBIN et al., 2013; NEUMANN, 2014). Esta concentração se caracteriza pela tendência de extinção das pequenas operadoras, que não conseguem se adaptar às exigências e competir com os preços praticados pelas grandes empresas. Estas, por sua vez, possuem como garantia de solidez no mercado a presença de fundos de investidores, representados muitas vezes por bancos, os quais já atuavam no setor de seguros e passam também a atuar no mercado de planos privados de saúde.

Em geral há uma competição grande entre as operadoras e especialmente com o aperto das normas da ANS as pequenas operadoras estão em situação difícil [...] Ou fecha ou é comprada por outra maior, então os gráficos mostram uma concentração de mercado (INFORMANTE 1 – OPERADORA 2).

Um mercado pode ser considerado concentrado se a empresa líder detém mais de 20% deste mercado ou o grupo das quatro maiores superar 75% do *market share* (OCKÉ-REIS, 2007). Na modalidade exclusivamente odontológica, o número de operadoras com beneficiários passou de 441 em 2000 para 351 em 2016. Destas, apenas 17 são consideradas de grande porte (mais de 100.000 beneficiários), e a maior operadora concentra cerca de 30% do total de beneficiários e mais de 40% da receita arrecadada (ANS, 2016).

A própria ANS reconhece que algumas empresas, sobretudo as localizadas nos grandes centros urbanos, estão se fundindo, sendo incorporadas ou até mesmo abrindo seu capital (PIETROBON, PRADO, CAETANO, 2008). Este processo traz consequências como a grande competição nos preços praticados. Para fazer frente à concorrência e garantir maiores taxas de retorno, as operadoras têm focado na venda de planos coletivos empresariais, uma vez que a precificação destes planos não é regulada pela ANS.

Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (DOCUMENTO 3 – OPERADORA 1).

No segmento médico, a “extinção” da oferta de planos individuais, substituídos por outros ditos coletivos, consiste muitas vezes na venda para dois ou mais indivíduos através de um CNPJ ou adesão por meio de associações e entidades, para que estes contratos escapem da regulação mais rigorosa (BAHIA; SHEFFER, 2014). Este movimento, associado ao crescente empenho das empresas para a liberação da venda dos planos populares, poderá representar a captura da ANS pelo mercado, com consequências negativas para os beneficiários, seja no segmento médico-hospitalar, seja no odontológico.

Ante a isso, há que se concordar com Ocké-Reis (2007), para quem a ANS precisa fazer frente às grandes operadoras, no sentido de se ampliar a abrangência da regulamentação para que atinja preços, produtos e coberturas dos planos empresariais, pois se a Agência continuar regulando apenas os preços dos planos individuais, a regulamentação perderá grande parte de seu sentido.

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa revelaram o complexo enredamento dos agentes envolvidos na atenção em saúde bucal na saúde suplementar. Percebe-se que, de forma geral, a interação entre operadoras, beneficiários e prestadores é entremeadada por relações de poder, protagonizadas ora pelo Estado, que através do seu ente regulador – a ANS – impõe seus interesses e autoridade; ora pelas próprias operadoras, quando, a partir das imposições regulatórias e dos seus próprios interesses, definem regras, normas e ações, buscando as mais variadas estratégias para se manterem em um mercado altamente competitivo.

Quanto ao relacionamento com os beneficiários, verificou-se o caráter mais normativo e informativo das operadoras face às obrigações legais, também moldado por uma lógica financeira de minimização dos custos e maximização do lucro. Nesse contexto, inserem-se também os prestadores, e com eles emergem conflitos por conta da crescente interferência das operadoras no seu processo de trabalho, gerando a busca por alternativas para lidar com tais ingerências e com a remuneração insatisfatória.

Ao mesmo tempo, observou-se uma frágil interface da saúde suplementar com o SUS. A questão do ressarcimento foi reconhecida pelas operadoras, mas não lhes representa nenhuma preocupação. Destarte, as operadoras não se atentam ao modelo de atenção desenvolvido, limitando a expansão das coberturas ao mínimo legal, com a justificativa de que maiores coberturas geram maiores custos associados à indução da demanda e à seleção adversa de clientes. Assim, uma articulação entre os entes público e privado para a construção de um modelo de atenção em saúde bucal mais adequado à sociedade brasileira não foi percebida e nem mesmo é desejada pelas operadoras pesquisadas, cujos interesses primários são completamente distintos dos interesses do SUS.

Em razão do delineamento metodológico adotado nesta pesquisa, os resultados encontrados não devem ser generalizados, mas sim considerados no universo das operadoras pesquisadas e interpretados nesse contexto. No entanto, este estudo possibilitou desvendar importantes aspectos do segmento odontológico da saúde suplementar, até então ignorados ou conhecidos apenas no universo empírico. Mostrou também que o Estado, ao se omitir em importantes questões da regulação, acaba por organizar o mercado, configurando-se em um agente ativo na expansão do setor privado e contribuindo para o enfraquecimento da proposta do SUS.

Não se pode deixar de reconhecer a pujança do setor de planos privados de saúde. Setor que vem, ao longo do tempo, tentando se sobressair ao próprio SUS e que busca, por meios políticos, ampliar cada vez mais seus rendimentos, seja por meio da aprovação dos planos populares”, seja por meio de financiamento de campanhas políticas. Soma-se a esse contexto as propostas de austeridade que estão sendo impostas à custa de direitos sociais constitucionalmente garantidos, especialmente por conta das medidas inseridas na PEC 55, a qual poderá inviabilizar o SUS.

A modo de conclusão, reafirma-se a necessidade de se discutir criticamente o papel do Estado, tanto como regulador deste mercado, quanto como indutor de um modelo de atenção à saúde que a garanta com maior qualidade e resolutividade. Há, portanto, necessidade urgente de enfrentamento político e organizacional com a saúde suplementar, para que a atenção à saúde seja de fato um direito de cidadania.¹

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo apoio financeiro para coleta e análise dos dados desta pesquisa (Chamada nº 10/2012 MCTI/CNPq/MS – SCTIE – DECIT – Pesquisa em Saúde Bucal). À CAPES, pela concessão de bolsas de doutorado no Brasil e de Estágio de Doutorado no exterior.

Referências

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução normativa nº 295, de 9 de maio de 2012*. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar – SIB/ANS. Rio de Janeiro: ANS, 2012.
- _____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Caderno de Informação da Saúde Suplementar* beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; set. 2016. 60 p.
- ANDRADE, E.I.G. et al. Análise dos modelos assistenciais praticados pelas operadoras de planos de saúde em Minas Gerais. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009, p. 87-118.
- BAHIA, L. O prazo de validade do SUS. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1940-42, out. 2013.
- BAHIA, L.; SHEFFER, M. Eleições 2014: planos de saúde já doaram mais de R\$ 8 milhões a candidatos. Disponível em: <<https://goo.gl/Dj8uif>>. Acesso em: 1 dez. 2016.
- BARROS, M.E.D. et al. Mercado de saúde suplementar na região Centro-Oeste. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009, p. 43-86.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília: Senado, 1988.

_____. *Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 3 jun.1998.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação nacional de saúde bucal. **NI**. Brasília: MS, 2004. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2010*: pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados principais. Brasília: MS, 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 1.482, de 4 de agosto de 2016*. Institui Grupo de Trabalho para discutir projeto de Plano de Saúde Acessível. Brasília: Diário Oficial da União, 5 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em: 25 nov. 2016a.

_____. Ministério da Saúde. *ANS Tabet*: Informações em Saúde Suplementar Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/anstabnet/>>. Acesso em: 25 nov. 2016b.

CECÍLIO, L.C.O. et al. A microrregulação praticada pelas operadoras investigadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda*: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005, p.75-140.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. *Manifesto em Defesa do SUS*. Disponível em: <<https://goo.gl/wWS42f>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

CONILL, E.M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008, p. 563-613.

CONILL, E.M. et al. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. In: PEREIRA, R.C.; SILVESTRE, R.S. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar*: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009, p. 235-276.

DAROS, R.F. et al. A satisfação do beneficiário da saúde suplementar sob a perspectiva da qualidade e integralidade. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 525-547, 2016.

D'AVILA, S. et al. Assistência odontológica x planos de saúde: um estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq. Bras. Odontoped. Clín. Integr*, v. 7, n. 3, p. 259-263, set./dez. 2007.

FINKLER, M. et al. A relação público-privado na odontologia brasileira. *R. Saúde Públ. Florianópolis*, v. 2, n. 1, p. 91-112, jan./jul. 2009.

FREITAS, R.M. et al. Estudo dos modelos assistenciais praticados por operadoras de planos privados de saúde. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1561-1577, 2011.

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

GERSCHMAN, S. et al. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 245 p.

IDEC. Instituto de Defesa do Consumidor; ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. *Planos de Saúde com cobertura reduzida*. Disponível em: <<https://goo.gl/HcdyS5>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

LLEWELLYN, S.; NORTHCOTT, D. The “singular view” in management case studies qualitative research in organizations and management. *An International Journal*, v. 2, n. 3, p. 194-207, 2007.

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

MALTA, D.C. et al. Os modelos assistenciais praticados nas operadoras investigadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Dois faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS/MS, 2005, p. 161-202.

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

MANFREDINI, M. A. et al. Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 21, n. 2, p. 323-335, 2012.

MENICUCCI, T.M.G. Relação público-privado no sistema de saúde brasileiro: opacidade cognitiva e analítica. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1400-03, out. 2008.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R.(Org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 408 p.

MOYSÉS, S.J. Saúde Bucal. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, p. 70-104.

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

NEUMANN, D.G. *Modelo de atenção em saúde bucal na saúde suplementar: uma análise a partir das operadoras de planos odontológicos no Brasil*. 2014. 262f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

NICKEL, D.A.; LIMA, F.G.; SILVA, B.B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

OCKE-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-50, ago. 2007.

PERES, K.G. et al. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-59, 2012.

PERES, M.A. et al. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2009). *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 28(Supl.), p. 90-100, 2012.

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, Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 767-83, 2008.

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

SHOUT, D. et al. Modelo tecnoassistencial do mercado supletivo, seus atores e a qualidade da assistência na região metropolitana de São Paulo: cardiologia e oncologia. In: PEREIRA, R. C.; SILVESTRE, R. M. (Org.). *Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS – 2006/2008*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil, 2009, p. 119-72.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-58.

VICTORA, C.G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 90-102, maio 2011.

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

VILELA, M.C. et al. Perfil e grau de satisfação profissional de cirurgiões-dentistas credenciados a uma operadora de planos odontológicos. *Braz Dent. Sci.* São Paulo, v. 13, n. 6, p. 39-44, jan./jun. 2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015. 205 p.

Nota

¹ D.G. Neumann idealizou a pesquisa, coletou e analisou os dados e redigiu o artigo. M. Finkler e J.C. Caetano orientaram todas as etapas da pesquisa e aprovaram a redação final do artigo.

Abstract

Relationships and conflicts within the health insurance sector: analysis from dental insurance companies

This study of a qualitative approach aimed to understand the relationships and conflicts between dental insurance companies, beneficiaries, and providers, as well as the interface with the National Supplementary Health Agency (ANS) and the Unified Health System (SUS). Data was collected through questionnaires applied to representatives of selected companies, documentary analysis and semi-structured interviews. The analysis through data triangulation enabled to observe as main results: cost control mechanisms guides the companies' activities and also perpetrate the relations with beneficiaries, providers and the ANS; there is a poor relation with the SUS; the companies tend to avoid the extending of dental insurance coverage; and the dental insurance market comes with huge concentration. We cannot ignore the strength of the dental health insurance sector in Brazil, but it is necessary to critically discuss the role of the State, both as regulating the private insurance sector as encouraging a dental care approach with improved quality and resolutivity.

► **Keywords:** supplemental health; dental insurance; dental health services; private sector; Unified Health System.