

Precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar: uma análise bioética

Precarisation of dentistry in private healthcare: bioethical analysis

Daniela Abreu de Moraes¹
Fabiano Maluf²
Pedro Luiz Tauil³
Jorge Alberto Cordón Portillo⁴

Abstract *The present study highlighted the labour process of the dental surgeon (DS) in the private healthcare sector from the healthcare professional's perspective based on intervention bioethics. An observational, cross-sectional survey study was performed within the Federal District (Distrito Federal) region. Data were collected from 108 questionnaires completed by DSs affiliated with two types of private health insurers, self-insurance and group insurance, to assess job perception and the degree of job satisfaction in the dentistry market. The main source of dissatisfaction for healthcare professionals was related to the pay for dental procedures by insurers. For self-insurer 1, 38.1% healthcare professionals replied that the pay was satisfactory, whereas in self-insurance 2 and in the group insurance, 100% of healthcare professionals were dissatisfied. Another finding was that the group insurer considerably restricted elective treatments. In conclusion, loss of professional autonomy, depreciation of insurance claims and precarisation of dentistry occurs in the private healthcare sector, thus demonstrating the ethical conflicts in this relationship.*

Key words *Private healthcare, Health plans, Private dentistry, Bioethics, Precarisation of dentistry*

Resumo *O presente trabalho evidenciou o processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) no setor de saúde suplementar a partir da visão do profissional, sob a luz da Bioética de Intervenção. Foi realizado um estudo observacional-seccional do tipo inquérito circunscrito à região do Distrito Federal. Os dados foram coletados por meio de 108 questionários respondidos por CDs credenciados à duas modalidades de operadora: autogestão e odontologia de grupo, com a finalidade de conhecer a percepção e o grau de satisfação profissional diante do mercado de trabalho odontológico. A insatisfação maior por parte dos profissionais foi relacionada à remuneração dos trabalhos odontológicos pelas operadoras. Para a operadora de autogestão 1, 38,1% dos profissionais responderam que a remuneração era satisfatória, enquanto para a de autogestão 2 e odontologia de grupo, houve 100% de insatisfação. Outro dado encontrado foi que a operadora de odontologia de grupo restringiu os tratamentos selecionados aos pacientes de forma expressiva. Conclui-se que existe a perda de autonomia profissional, desvalorização dos ressarcimentos e precarização do trabalho odontológico na saúde suplementar, demonstrando conflitos éticos nessa relação de trabalho.*

Palavras-chave *Saúde suplementar, Planos de saúde, Odontologia suplementar, Bioética, Precarização do trabalho odontológico*

¹ Centro Universitário do Distrito Federal. Quadra SEPS 704/904, Asa Sul. 70390-045 Brasília DF Brasil. daniela.di.moraes@gmail.com

² Centro Universitário Euroamericano. Brasília DF Brasil.

³ Núcleo de Medicina Tropical, UnB. Brasília DF Brasil.

⁴ Faculdade de Ciências da Saúde UnB. Brasília DF Brasil.

Introdução

A odontologia como prática de trabalho obteve seu espaço no devir histórico devido à expansão do consumo de serviços odontológicos decorrentes do advento da cárie, ao desenvolvimento técnico e à consolidação como atividade especializada com campo científico de saberes e práticas¹. A profissão reafirmou-se na sociedade ocidental a partir do século XIX e gerou ganhos econômicos aos seus praticantes, inicialmente sem o mecanismo regulador do mercado¹.

O cuidado odontológico no Brasil seguiu, a partir do século XX, o modelo do setor de serviços médicos, sob as condições da ordem social capitalista, tanto em relação à assistência ao consumidor individual, quanto na modalidade de seguro-social a partir da criação e desenvolvimento da Previdência Social estatal^{2,3}.

Assim, a odontologia efetivou-se no processo de produção de bens e serviços e reafirmou-se como núcleo da base material do processo produtivo, reestabelecendo a saúde de outras forças de trabalho^{4,5}, na lógica do modelo privatista liberal associado à autonomia profissional. Entretanto, esse modelo foi descaracterizado na odontologia, assumindo baixas perspectivas de assegurar a plena realização profissional em termos econômicos⁶, pois assim como na medicina², houve assalariamento e restrição da autonomia^{5,6}.

Essa realidade foi bem evidenciada a partir da década de 80, devido à expansão dos empregos na área da saúde, associada à crise do modelo liberal⁷⁻¹⁰, que refletiu em um relativo aviltamento na inserção institucional e proletarização profissional, com indícios de desemprego e subemprego¹¹. Devido ao declínio de rendimentos, os convênios e credenciamentos passaram a ser uma estratégia contra a crise, porém o controle das operadoras se manifestava na relação entre profissional e paciente tanto no tratamento ofertado, quanto nos pagamentos^{7,8,10,12-15}.

Dessa forma, a construção sócio-econômica do processo de trabalho do cirurgião-dentista (CD) corroborou para que esse profissional fosse submetido no século XXI a novas formas de produção, gestão, consumo e controle de sua força produtiva^{2,6}. Nesse período, a odontologia ganhou importância no cenário mundial com 193 faculdades no Brasil e 229 mil CDs inscritos nos conselhos de classe em 2010, passando por modificações contínuas^{16,17}.

No âmbito público, o CD foi incorporado à Estratégia de Saúde da Família em 2000¹⁸ e à Política Nacional de Saúde Bucal em 2004¹⁹ e no

âmbito privado houve a incorporação de tecnologias, especialização, mas com redução do exercício liberal e aumento das operadoras de saúde²⁰.

A compreensão do modelo assistencial privado é de muita importância para estudos relacionados ao setor saúde, já que dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo IBGE em 2013, evidenciou que o atendimento odontológico no Brasil ocorreu de forma preponderante em consultórios ou clínicas particulares, totalizando 74,3%, enquanto os atendimentos na unidade básica de saúde corresponderam a 19,6%²¹. Para os atendimentos privados devemos considerar os dados de pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Odontologia (2003), onde 47,6% dos CDs inscritos no conselho trabalhavam com convênios e credenciamentos²².

Porém, o aumento dos CDs credenciados a planos de saúde corroborou para a precarização do trabalho odontológico, transfigurando o profissional de autônomo para semi-assalariado, consequência da desregulação do mercado e descontrole estatal, relacionado com o excesso de faculdades de odontologia e com a grande oferta de profissionais.

Devemos considerar que a prática odontológica ainda é alicerçada pelo domínio técnico do CD sobre seu produto, que são os procedimentos associados à saúde bucal, mas em análise estrutural, houve a perda de sua autonomia e conseqüentemente do controle econômico da mercadoria ofertada^{6,7,9,10}. O controle do valor da troca comercial, característica da forma liberal de produção, passou a ser administrado pelas operadoras de saúde suplementar, que detêm grande parte da lucratividade em detrimento da precarização do trabalho executado pelo prestador de saúde^{8,23}.

Essa lógica comprova que o mercado é um mecanismo que mantém condições de desigualdade e de precarização da profissão²⁴. Caracteriza-se, assim, a distinção entre os papéis do CD socialmente definidos, no qual o profissional situado numa relação social em que vende sua força de trabalho como mercadoria é diferente daquele que vende a mercadoria que, por sua vez, é produto do seu trabalho para um beneficiário credenciado à operadora⁵.

Nesse sentido, o objetivo do estudo foi avaliar, à luz da Bioética de Intervenção (BI), a percepção, autonomia e vulnerabilidade do CD em relação a seu processo de trabalho no âmbito privado, bem como a precarização do trabalho e sua relação com operadoras de odontologia su-

plementar. Trata-se de um tema relevante para entender a realidade do segmento odontológico no Brasil sob o olhar bioético, haja vista que a modalidade de atendimento privada supera quantitativamente a pública²¹, apesar de ser pouco evidenciada em pesquisas^{7,9,12,22,25}.

A legitimação da assistência suplementar à saúde e os reflexos atuais

A dinâmica sócio-política e econômica do setor saúde corroborou para que a assistência à saúde suplementar atendesse a uma grande demanda populacional por décadas, sem a legalização formal até a promulgação da Lei nº 9.656/98²⁶. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde (MS) ocorreu em seguida, através da Lei no 9.961/00²⁷, com a finalidade de regular, normatizar, controlar e fiscalizar atividades de saúde suplementar no Brasil.

O Estado no século XX, privilegiou o sistema privado através de incentivos às empresas para fornecer assistência aos empregados, além de comprar serviços assistenciais para garantir saúde aos trabalhadores assalariados vinculados à Previdência Social, o que favoreceu um mercado de saúde financiado com recursos públicos e uma prática empresarial da saúde, refletindo na atual dependência do setor público da saúde em relação aos serviços privados^{2,3,28}.

O sistema de saúde suplementar ancorou sua prática mercadológica nas premissas neoliberais, buscando a lucratividade máxima por parte de algumas operadoras e o profissional de saúde perdeu sua autonomia, com sua força produtiva terceirizada²⁵. Os fatores que influenciaram a demanda por planos são as variáveis econômicas (renda do consumidor e preço do serviço) e variáveis sócio-demográficas (crescimento populacional e percepção da população acerca dos serviços)²⁹.

O atual momento é de ascensão do segmento odontológico suplementar, já que representa elevada lucratividade para as operadoras e constantes aumentos nas contratações dos serviços operacionais por parte da população. Foi evidenciado o número de beneficiários de cerca de 3 milhões, em 2001, 7 milhões, em 2006, e 10 milhões, em 2008, representando um crescimento de mais de 200% para o período referido^{10,29,30}.

No presente estudo foram escolhidas duas modalidades de operadora: uma de autogestão e a outra, de odontologia de grupo. Segundo a ANS, as operadoras de autogestão coordenam

serviços de assistência à saúde ou se responsabilizam pelo plano privado de assistência à saúde, que são destinados exclusivamente, a ofertar cobertura assistencial aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e seus respectivos grupos familiares³⁰.

Já as empresas de odontologia de grupo comercializam ou operam planos odontológicos sob a forma de pré-pagamento por parte dos beneficiários, com valores fixos estabelecidos e podem fazer parte de grupo médico-hospitalar ou odontológico específico e possuem alta rentabilidade, visando lucratividade na comercialização da saúde³⁰.

Bioética de intervenção na perspectiva latino-americana

A partir dos anos 90, novas perspectivas teóricas críticas emergiram no contexto da bioética, o que possibilitou discussões mundiais a respeito de questões persistentes nos países periféricos como exclusão social e concentração de poder, miséria, marginalização, vulnerabilidade, globalização econômica, inacessibilidade de grupos vulneráveis aos desenvolvimentos tecnológicos, desigualdade de acesso, saúde, dentre outros³¹.

A bioética principialista teve grande importância no contexto biomédico mundial, trazendo a não maleficência, beneficência, respeito à autonomia e justiça como deveres *prima facie* de toda discussão ética. Mas a realidade latino-americana passou a exigir novos argumentos para discussão dos dilemas éticos sociais, em grande maioria associados à desigualdade social³².

Desse modo, a BI descolou-se dos conceitos principialistas e ganhou força para discutir problemas éticos persistentes³² relacionados à desigualdade econômico-social no Brasil, como por exemplo a falta de acesso à saúde, enfatizando a responsabilidade do Estado na defesa das populações mais vulneráveis. No âmbito privado indicou necessidade de fomentar o empoderamento, sustentar a libertação e garantir a emancipação dos sujeitos sociais com o objetivo de alcançar sua inclusão plena na dinâmica relacional da sociedade³³ e a contextualização dos conflitos éticos.

É importante ressaltar a importância da BI na discussão das relações mercadológicas de assistência à saúde. Se existem assimetrias nas situações corporativistas que causam precarização e prejuízo dos profissionais de saúde, com reflexos

na população, notou-se a necessidade de medidas interventivas na rediscussão do modelo de atenção complementar e em propostas políticas para uma maior participação do Estado no controle das faculdades de odontologia, na defesa dos CDs e na fiscalização de operadoras de saúde complementar. Todas são tentativas para a busca da solução dos conflitos relacionados à saúde, privilegiando o maior número possível de pessoas, pelo maior tempo possível³³⁻³⁷.

Método

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (parecer nº 132/09), foi realizado um estudo observacional-seccional do tipo inquérito, sobre a profissão odontológica como segmento do sistema social privado de saúde no Distrito Federal (DF).

O objetivo da pesquisa foi identificar as relações estabelecidas entre a profissão no mercado de saúde complementar, os possíveis reflexos na sociedade e a relação com a BI. A pesquisa foi circunscrita à região do DF e abrangeu 108 profissionais da área em atividade selecionados randomicamente, utilizando registros de três operadoras de odontologia complementar cadastradas na ANS, com a finalidade de contemplar o número mínimo amostral calculado inicialmente pelo programa estatístico utilizado. Das operadoras selecionadas, duas corresponderam à modalidade de autogestão e outra à de odontologia de grupo.

A modalidade da operadora do tipo odontologia de grupo foi selecionada para analisar a relação mercadológica no sistema complementar e os reflexos no processo de trabalho do CD e na sociedade. A modalidade da operadora do tipo autogestão foi selecionada para controlar as variáveis pesquisadas, já que a princípio não possuíam relação comercial da saúde.

Todas as informações foram obtidas por meio de um questionário que continha um roteiro de entrevista do tipo formulário. O questionário composto por questões fechadas, com alternativas pré-definidas, foi dividido em blocos com perguntas que abordavam a percepção do CD em relação ao seu processo de trabalho e a relação entre o profissional e as operadoras selecionadas.

O tamanho da amostra foi definido de forma a considerar o nível de precisão desejada para as estimativas dos indicadores de interesse, que se referiam à remuneração dos trabalhos executa-

dos pelo CD, a relação profissional x operadora, restrições da operadora ao plano de tratamento do CD, normas das operadoras x opinião do CD. Foi utilizado o programa Epi-info versão 3.3.2 com a finalidade de se obter o maior número mínimo amostral, selecionando 42 CDs para a operadora da modalidade odontologia de grupo e 66 CDs para a operadora de autogestão (prevalência estimada das variáveis estudadas: 50%, erro máximo tolerado: 10% e grau de confiança: 95%), totalizando 108 CDs.

Os critérios de inclusão foram a seleção de três operadoras de odontologia complementar que administravam atendimentos no DF; o sorteio aleatório de 108 CDs que atuavam no âmbito privado com cadastro no Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF) e credenciados a uma das três operadoras selecionadas.

Além disso foi utilizado uma única entrevistadora para que a coleta de dados fosse feita sem interpretações variadas. As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos entrevistados e a pesquisadora realizou o questionamento verbal dos entrevistados, observando reações, anseios e dúvidas e em alguns casos, acrescentando complementos qualitativos abordados pelos entrevistados em determinadas perguntas.

Análise estatística

A análise estatística foi realizada através do programa eletrônico de livre acesso Epi-info, versão 3.5.1. As diferenças encontradas referentes às opiniões dos CDs quanto às operadoras de odontologia de grupo e autogestão foram testadas estatisticamente através do teste Qui-quadrado e quando indicado, o teste Fisher.

Resultados e Discussão

A odontologia como prática de trabalho produz uma ação transformadora sobre a boca, que faz parte de um corpo, com reflexos no meio físico, já que responde às necessidades das estruturas sociais em que está inserida, reestabelecendo e mantendo a saúde^{4,5}. A importância da profissão do CD para a sociedade merece ser evidenciada também sob o olhar do profissional em seu micro-espço de trabalho, mas que faz parte do sistema.

No nosso estudo, buscamos avaliar a percepção do CD em relação às modalidades de aten-

dimento odontológico no âmbito privado, que corresponde à maior parte da assistência à saúde nesse segmento²¹.

A maioria dos profissionais entrevistados responderam que os atendimentos odontológicos particulares, executados na modalidade de desembolso direto, eram quase inexistentes, predominando os atendimentos intermediados por planos de saúde. Alguns profissionais também trabalhavam em serviço de âmbito público como forma de auxiliar a renda mensal.

Esse resultado mostrou que a prática odontológica exclusiva com atendimento particular, onde o CD possuía autonomia e era detentor de sua força de trabalho está mais restrita na atualidade. Essa mudança estrutural promoveu uma nova caracterização do profissional liberal com tendência ao assalariamento e com a concentração dos meios de produção em empresas de saúde suplementar^{2,5,6}.

Estudos sobre a participação dos trabalhadores de saúde no mercado de trabalho brasileiro já na década de 70 do século XX evidenciaram que o crescente fenômeno de assalariamento da classe médica tornou-se contrário à autonomia da profissão, que é caracterizada pelo controle da clientela, liberdade de fixação de preços e posse dos instrumentos de trabalho².

Paixão⁶ categorizou a inserção do CD no mercado de trabalho nas modalidades liberal, salarial e combinado. Para a autora, o único regime que preservaria a autonomia profissional era o liberal, contudo tenderia a desaparecer. Já no regime combinado existia a associação de empregos e/ou convênios e se aproximava do assalariamento, que segundo a autora, era uma tendência no processo de trabalho do CD, associado à proletarianização da classe⁶.

Para Portillo⁵, a prática liberal seria definida pela ausência de intermediários, autonomia técnica e terapêutica, livre escolha, liberdade econômica no ajuste de honorários e posse dos instrumentos de trabalho. O autor constatou que a ideologia da profissão liberal permitiu o assalariamento profissional em situações desvantajosas com tendência à proletarianização, onde o capital se apropriou do trabalho e da autonomia profissional e transformou as práticas artesanais em empresariais⁵. A partir do século XXI, a crescente perda de autonomia dos CDs também foi relatada por outros estudos^{10,38-40}.

A nossa pesquisa avaliou o grau de satisfação do CD em relação à remuneração por parte da operadora (Tabela 1), e o resultado surpreendente foi que todos os profissionais da operadora de

autogestão 2 e odontologia de grupo estavam insatisfeitos com os valores de ressarcimento pelos serviços executados.

Eles relacionaram a baixa remuneração à visão lucrativa das operadoras, à burocracia e valores de repasse defasados. A maioria dos credenciados da operadora de autogestão 1 relataram que a tabela era insatisfatória, mas não associaram os valores baixos à lucratividade e visão mercadológica da operadora.

Diante da expressiva insatisfação dos profissionais, investigamos assim, os valores de ressarcimento dos tratamentos odontológicos da operadora de autogestão 2 e de odontologia de grupo para o ano de 2010, comparando com os Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos da Comissão Nacional de Convênios e Credenciamentos do ano de 2009, tabela referencial padronizada no DF pelo Sindicato dos Odontologistas, Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Regional de Odontologia.

Constatamos que o valor da extração dentária estipulado pela operadora era quatro vezes menor quando comparado com o valor de referência para os profissionais para as duas operadoras investigadas. Observamos assim, a confirmação da postura mercadológica da operadora de odontologia de grupo e uma tendência de adequação dos valores de ressarcimento de algumas operadoras de autogestão às regras de mercado, em detrimento ao profissional. Esse resultado permitiu concluir que o princípio da autonomia como ferramenta de análise bioética não poderá se limitar aos pacientes, mas deverá se estender aos profissionais.

Nesse sentido, Cortina⁴¹ remete o conceito de autonomia relacionada ao sujeito autoconsciente, auto-determinado, dominador da natureza externa e interna e autônomo. A autonomia dos beneficiários de alguns planos odontológicos é restrita aos procedimentos liberados pela operadora, mas que podem estar aquém das reais necessidades de saúde. E o profissional também possui perda de sua autonomia, já que seu trabalho é limitado muitas vezes, ao tratamento menos oneroso e, portanto, mais lucrativo para a operadora.

Muitos profissionais elucidaram que os valores referenciais estipulados pelas entidades de classe odontológica para o ressarcimento financeiro dos CDs eram totalmente desrespeitados pelas empresas suplementares e que era necessária uma adequação dos valores que contemplasse tanto as necessidades das operadoras, quanto dos profissionais.

Tabela 1. Distribuição da frequência absoluta e relativa da remuneração dos trabalhos executados pelo cirurgião dentista por parte das operadoras, segundo os entrevistados.

Remuneração do CD pela operadora.	Operadora de odontologia de grupo		Operadora de autogestão 1		Operadora de autogestão 2	
	N	%	N	%	N	%
Satisfatória	0	0	16	38,1	0	0
Insatisfatória ou indiferente	42	100	36	61,9	24	100
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Teste Fisher= 6,24, p=0,004.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado= 0.

Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado= 10,08, p= 0,001.

Esses resultados entraram em consonância com a ideia de que a crise do setor autônomo e a grande quantidade de CDs oportunizou a comercialização da saúde pelas empresas de odontologia suplementar, com a imposição de valores de ressarcimento inadequados à realidade do profissional⁴².

Essa realidade de precarização do trabalho odontológico também foi evidenciada por D'Ávila et al.¹² que avaliou o grau de satisfação de CDs credenciados a planos odontológicos no estado da Paraíba. Os autores evidenciaram que a maioria expressiva dos profissionais (76,8%) estavam insatisfeitos com a tabela de honorários¹² assim como outros autores também enfatizaram a mesma situação^{10,12,38,40}.

Outro dado analisado foi a existência de dificuldades na relação entre profissional e a operadora selecionada. Para os CDs da operadora de autogestão 2 entrevistados (Tabela 2), 37,5% relataram ter problemas principalmente relacionados às glosas (ressarcimento pelo trabalho realizado negado) e para a operadora de autogestão 1, a maioria dos profissionais relataram que a relação com a operadora de autogestão 1 era satisfatória.

Entretanto, mais da metade dos entrevistados relataram ter problemas com a operadora

de odontologia de grupo relativos à glosa, não liberação de procedimentos, burocracia e falta de informação do paciente. Os entrevistados disseram que vários procedimentos eram glosados pela operadora sem justificativa e “disseram acreditar que essa era uma manobra de mercado que visava o lucro diante do trabalho do profissional, diante da fragilidade dos profissionais”.

Em relação aos pacientes, os CDs relataram que alguns chegavam ao consultório odontológico sem entender as informações relacionadas ao plano odontológico adquirido. Os beneficiários adquiriam um plano odontológico acreditando obter a cobertura total do plano de tratamento individual necessário, mas muitas vezes o plano ofertado pela operadora não cobria as expectativas de tratamento do paciente.

Nossos resultados corroboraram com o estudo de D'Ávila et al.¹² realizado na Paraíba, que relataram a relação insatisfatória em elevada proporção (63,7%) entre os CDs e as operadoras de odontologia de grupo. Ficou evidente a desigualdade no atendimento dos planos de saúde em relação aos beneficiários e essa relação materializou-se contrária ao princípio bioético da beneficência.

É oportuno ressaltar que a beneficência é um princípio da bioética principialista relacionado à

Tabela 2. Distribuição absoluta e relativa da existência de dificuldades na relação entre as operadoras selecionadas e profissionais prestadores, segundo os profissionais entrevistados.

Existência de dificuldades na relação CD e operadora	Operadora de odontologia de grupo		Operadora de autogestão 1		Operadora de autogestão 2	
	N	%	N	%	N	%
Sim	24	57,1	6	14,3	9	37,5
Não	18	42,9	36	85,7	15	62,5
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010.

Operadora Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado= 19,99, p=0,0001. Operadora de Odontologia de Grupo e

Autogestão 2: Qui-quadrado=1,64, p=0,2. Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado=3,46, p=0,06.

obrigação moral de agir em benefício do outro. Assim, o profissional de saúde deverá optar pelo melhor tratamento ao paciente, tanto do ponto de vista técnico-assistencial, quanto do ponto de vista ético⁴³.

No entanto, os resultados mostraram que os profissionais se encontram limitados em ofertar o plano de tratamento necessário aos pacientes. Esse fato ocorre porque as operadoras, ao aproveitar da desinformação dos beneficiários, angariam lucro diante do processo de saúde-doença no momento da comercialização de planos odontológicos, sem haver preocupação com o indivíduo.

Malta et al.⁴⁴, relataram que o usuário dos serviços de saúde não pode ser comparado à um consumidor diante de uma mercadoria, porque não possui livre escolha no ato da decisão do consumo e desconhece as técnicas e informações relativas aos serviços de saúde. Dessa forma, em relação à saúde, não cabem as premissas de livre escolha e concorrência existentes no mercado⁴⁴.

Sobre a existência de restrição por parte da operadora aos tratamentos propostos pelo profissional ao paciente (Tabela 3), mais da metade dos CDs da operadora de odontologia de grupo relataram haver restrição em relação ao tratamento proposto aos pacientes relativos aos procedimentos que geravam mais custo para a operadora e repetições de procedimento, mesmo que o paciente necessitasse.

Um exemplo citado por um entrevistado foi “um paciente com alta atividade de cárie, que necessitava de um retorno ao consultório por um tempo menor que o estipulado pela operadora, não recebeu o tratamento porque seu retorno estava restrito ao tempo padronizado”. Caracterizou-se a falta de acesso e equidade na prestação de serviços, o que acarreta em possível redução de beneficência e até maleficência ao paciente.

Nesse caso, observamos que a ausência de autonomia do profissional tem implicações éticas e

exerce influência tanto sobre o mercado, quanto na relação profissional-operadora, com consequências aos beneficiários-cidadãos¹².

Já para os CDs da operadora de autogestão 1 e 2, a maioria disse que nunca houve restrição por parte da operadora em relação ao tratamento selecionado ao paciente, embora 29,2% dos CDs credenciados à operadora de autogestão 2 relataram a existência de restrição relacionada aos procedimentos que geravam mais custo e repetições de procedimentos.

Malta e Jorge⁴⁵ em estudo sobre uma operadora de autogestão, relatou que esta modalidade disponibiliza coberturas de tratamento mais amplas, sem ênfase na lucratividade, proporcionando assistência à saúde de seus funcionários e dependentes.

Entretanto, Ribeiro et al.⁴⁶ realizou estudo em um conjunto de operadoras de várias modalidades, incluindo medicina de grupo, autogestão, cooperativas e seguradoras e elucidou que as empresas reagiram perante o impacto de custos da atenção através do aumento de contribuições dos beneficiários, controle sobre valores dos procedimentos e glosas sistemáticas.

Sobre a concordância com as normas da operadora selecionada (Tabela 4), pouco mais da metade dos prestadores da operadora de autogestão 1 estavam de acordo com as normas. Porém, a expressiva maioria dos CDs credenciados à odontologia de grupo não estavam de acordo com as normas. A maioria dos desacordos foi relacionada ao valor referencial dos procedimentos odontológicos estipulados pela operadora muito abaixo dos valores referenciais normativos preconizados pelas entidades de classe odontológica.

Outra questão que trouxe desacordos na relação entre profissional e operadora foi a burocracia por parte da operadora ao glosar procedimentos e na falta de liberação de procedimentos necessários para cada paciente. A maioria dos entrevistados disse continuar credenciados à operadora na

Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa da existência de restrições da operadora na escolha do plano de tratamento pelo cirurgião dentista, segundo os profissionais entrevistados.

Restrição por parte da operadora ao plano de tratamento definido pelo cirurgião-dentista	Operadora de odontologia de grupo.		Operadora de autogestão 1		Operadora de autogestão 2	
	N	%	N	%	N	%
Sim	24	57,1	5	11,9	7	29,2
Não	18	42,9	37	88,1	17	70,8
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010. Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado= 17,1 p=0,00003. Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado=3, p=0,05. Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado=2,01 Teste Fisher: p=0,1.

Tabela 4. Distribuição absoluta e relativa sobre a concordância dos profissionais em relação às normas das operadoras selecionadas, segundo os profissionais entrevistados.

Opinião do CD em relação às normas da operadora	Operadora de odontologia de grupo		Operadora de autogestão 1		Operadora de autogestão 2	
	N	%	N	%	N	%
Concordância	4	9,5	22	52,4	8	33,3
Discordância	37	88,1	14	33,3	11	45,9
Indiferentes	1	2,4	6	14,3	5	20,8
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010. Operadora Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado= 24, p=0,00009.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado=11,7, p=0,0006. Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado=0,55, p=0,45.

tentativa de aumentar o fluxo de pacientes e que o excesso de profissionais no mercado não possibilitava atendimento exclusivamente particular, evidência que também foi relatada por Vieira e Costa⁸, que relacionaram o crescimento da saúde suplementar à tática de captação de clientes por parte dos CDs, na tentativa de permanecerem inseridos no mercado.

Esse resultado comprovou que o CD como profissional liberal autônomo está se descaracterizando diante das modificações no mercado de trabalho, com tendência ao assalariamento.

A BI considera a importância da análise estrutural das questões concernentes às áreas da saúde e volta seu olhar para os países de média e baixa renda, buscando referenciais éticos relacionados à equidade, proteção e justiça. Sob a ótica da BI, a saúde deverá ser defendida como um direito dos cidadãos e dever do Estado, mas a ação do setor privado deverá diminuir os riscos de agravos à saúde, contribuindo para a dignidade humana e inclusão social dos vulneráveis³⁵⁻³⁷.

Nosso trabalho permitiu evidenciar implicações éticas decorrentes das relações mercadológicas do sistema suplementar. A BI se enquadra nesta reflexão, na busca de soluções éticas e comprometidas com a justiça tanto para o prestador, quanto para o beneficiário do sistema. Este representa a coletividade que é excludente desse sistema e também os beneficiários, que na expectativa de obter saúde bucal, auxiliam empresas capitalistas do setor suplementar.

O sistema público de saúde brasileiro, representado pelo SUS, ainda exclui grande parcela da população, o que possibilita a consolidação do sistema suplementar diante das lacunas existentes nesse segmento. Essa situação cria reflexos de desigualdade na assistência à saúde, comprometida pela visão lucrativa de determinadas operadoras, ampliando as desigualdades já existentes. Como consequência observa-se a exclusão de parte da população desassistida em relação à saúde, já que

não recebe nem o atendimento público garantido na Carta Magna, nem a adequada assistência à saúde no âmbito suplementar.

Para que haja a implementação da equidade sob o ponto de vista da BI, as questões concernentes à saúde deverão ser constantemente discutidas, monitoradas e avaliadas em relação à lógica perversa do mau pagamento, dos limites na autonomia dos profissionais e, portanto, da insatisfação do CD com o trabalho. Mas a insatisfação é só uma parte de toda uma cadeia de precarização do trabalho, que se inicia pela falta de regulação em todos os sentidos.

Essas questões relacionam-se também à justiça na necessidade de resolução imparcial dos conflitos e à BI como ferramenta política para a resolução da situação persistente: em uma visão micro, a vulnerabilidade dos profissionais e da população, alvos de manobras comerciais de algumas operadoras; e, em uma visão macro, a população que, por não ter acesso ao SUS, torna-se dependente e vulnerável aos planos e seguros-saúde.

Conclusões

Ao se considerar a proposta desta pesquisa, infere-se por meio dos resultados, que houve uma melhor compreensão do funcionamento do setor de saúde suplementar sob a ótica do profissional quanto à precarização, vulnerabilidade e autonomia em seu processo de trabalho, assim como o papel do Estado na responsabilidade do contexto sob a ótica da BI. Os resultados do estudo permitiram uma análise da estrutura de saúde suplementar e trouxeram as seguintes considerações:

- Que o setor de saúde suplementar já estabelecido no contexto e ancorado pela conjuntura favorável do mercado neoliberal utiliza de manobras de mercado para a comercialização da saúde;
- Que algumas vezes essas manobras, em proveito da grande oferta de profissionais existentes

no mercado, desprestigiam o trabalho profissional através da incorporação de valores referenciais de procedimentos odontológicos muito aquém dos valores referenciais estipulados pelos órgãos e entidades de classe, precarizando o trabalho do CD e;

- Que existe diferença entre modalidades de operadoras de odontologia suplementar. As ope-

radoras de autogestão não assumem manobras mercadológicas de comercialização dos planos, mas parecem estar se adequando ao mercado com grande oferta de profissionais, ao estabelecerem valores de ressarcimento muitas vezes abaixo dos valores preconizados pelas entidades de classe odontológica.

Colaboradores

DA Moraes participou da elaboração do projeto, coleta e análise dos dados e redação do artigo, F Maluf participou na fase de construção e revisão do artigo, PL Tauil participou na elaboração dos métodos e JAC Portillo orientou o trabalho e participou na revisão do artigo.

Referências

1. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*. 2006; 13(1):55-76.
2. Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
3. Menicucci TMG. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1979.
5. Portillo JAC. A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. *Rev Saúde em Debate* 1986; 18:52-64.
6. Paixão HH. *A odontologia sob o capital: o mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do Cirurgião-Dentista* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1979.
7. Garcia PPN, Cobra S, Spoto C. Condições de Trabalho e Satisfação de Cirurgiões-Dentistas Credenciados por Convênios Odontológicos. *Rev Odontol UNESP* 2004; 33(3):115-122.
8. Vieira C, Costa NR. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1579-1588.
9. Bleicher L. *Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
10. Garbin D, Mattevi GS, Carcereri DL, Caetano JC. Odontologia e Saúde Suplementar : marco regulatório , políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. *Cien Saude Colet* 2013;18(2):441-452.
11. Nogueira, RP. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. *Cad Saude Publica* 1987; 3(3):332-342.
12. D'Ávila S, Oliveira PAP, Lucas RSCC, Souza EA. Assistência Odontológica x Plano de Saúde: um Estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007; 7(3):259-263.
13. Vieira SLG, Miranda GE, Bouchardet FCH, Santos LE. A auditoria odontológica nos serviços de saúde suplementar. *Salusvita* 2014; 33(3):331-343.
14. Duarte MCR. A assistência suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho Unimed. In: Negri B, di Giovanni G, organizadores. *Brasil, Radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp; 2001. p. 363-393.

15. Merhy EE, Franco T. *Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde.* [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-04.pdf>
16. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Dados estatísticos: cirurgiões-dentistas.* Rio de Janeiro: CFO; 2010. [acessado 2010 Jun 10]. Disponível em: http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados_estatisticos/?elemento=profissionais&categoria=CD&cro=Todos&municipio=>.
17. Manfredini MA, Moysés SJ, Noro LRA, Narvai PC. Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI. *Saúde Soc* 2012; 21(2):323-335.
18. Brasil. Portaria nº 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 2000; 29 dez.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília: MS; 2004.
20. Morita MC, Haddad AE, Araújo ME. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro.* Maringá: Dental Press; 2010.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios: Acesso e utilização dos serviços de saúde 2013.* Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
22. Conselho Federal de Odontologia (CFO). *Perfil do cirurgião-dentista no Brasil.* Rio de Janeiro: CFO; 2003. [acessado 2016 jul 17]. Disponível em: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/perfil_CD.pdf.
23. Merhy EE, Júnior HM. *Regulação pública da assistência na saúde suplementar a quem interessa?* Jornal do Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais 2001; dez. [acessado 2017 Jan 17]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-03.pdf>
24. Bourdieu P, organizador. *Contrafogos: Táticas para enfrentar a invasão neoliberal.* Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde.* Rio de Janeiro: IBGE; 2008.
26. Brasil. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; 03 jun.
27. 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* 2000; 28 jan.
28. Pietrobon L, Silva CM, Batista LRV, Caetano JC. Planos de assistência à saúde: interfaces entre o público e o privado no setor odontológico. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1589-1599.
29. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.* Rio de Janeiro: ANS; 2011.
30. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.* Rio de Janeiro: ANS; 2006.
31. Garrafa V, Porto D. Bioética, Poder e Injustiça: por uma ética de intervenção. *O Mundo da Saúde* 2002; 26(1):6-15.
32. Pessini L, Barchifontaine CP. Bioética: do principialismo à busca de uma perspectiva latino-americana. In: Pessini L, Barchifontaine CP. *Iniciação à Bioética.* Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 81-98.
33. Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. Brasil. In.: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas.* Aparecida, São Paulo: Ideias e Letras, Soc Bras Bioética; 2007. p.161-184.
34. Oliveira AAS, Villapouca KC, Barroso W. Perspectivas epistemológicas da bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Khun. *Rev Bras Bioética* 2005; 1(4):363-385.
35. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics* 2003; 17(5-6):399-416.
36. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC, director. *Diccionario latino americano de bioética.* Bogotá: Unesco; 2008. p. 161.
37. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev bioét.* 2005; 13(1):125-134.
38. 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: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
39. Freitas CHSM. *Dilemas do exercício profissional no trabalho liberal da odontologia: a autonomia em questão* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.
40. Matos IB. *Expectativas do exercício profissional de graduados em odontologia* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.
41. Cortina A. Ética de la empresa: sin ética no hay negocio. In: Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical.* Madrid: Ed. Tecnos; 1993. p. 263-284.
42. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). *Planos odontológicos: evolução, desafios e perspectivas para a regulação da saúde suplementar.* Rio de Janeiro: ANS; 2009.
43. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics.* 7ª ed. New York: Oxford University Press; 2013.
44. Malta DC, Cecílio LCO, Merhy EE. *O mercado de Assistência Suplementar no Brasil e o papel da regulação pública na garantia da atenção à saúde de seus beneficiários.* [acessado 2017 Jan 19]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-02.pdf>
45. Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1535-1542.
46. Ribeiro JM, Lobato LDVC, Vaitsman J, Farias LO, Vasconcellos M, Hollanda E, Teixeira CP. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1477-1487.

Artigo apresentado em 04/04/2016

Aprovado em 01/04/2017

Versão final apresentada em 03/04/2017