

CRISTINE VIEIRA

**ESTRATÉGIA PROFISSIONAL E MIMETISMO
EMPRESARIAL: OS PLANOS DE SAÚDE
ODONTOLÓGICOS NO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / FIOCRUZ, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador: Prof Dr. Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2007

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Cláudio e Arlene, por todo amor e confiança.
À Patrícia, por ser mais do que uma irmã, mas uma amiga para todos os momentos.
Ao meu querido Rogério, meu grande amor, por todo carinho e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Nilson do Rosário Costa, por estes dois anos de muito aprendizado, atenção, dedicação e contribuição na construção deste trabalho.

Aos Professores José Mendes Ribeiro e Cristina Maria Rabelais Duarte pela gentileza em aceitar ao convite de participar da banca examinadora.

À minha prima-irmã Tatiana, e minha tia Alina pelas palavras de conforto e ânimo, nos momentos difíceis.

À Lourdinha e Dalton, pela presença, compreensão e carinho.

À amiga Débora Lúcia de Souza Teixeira por ter sido sempre companheira e incentivadora não só profissionalmente, mas também na minha vida pessoal.

Às minhas grandes e eterna amigas, Fernanda e Keith, por serem simplesmente AMIGAS.

À querida Luciana de Freitas Bastos, que sempre foi mais do que uma amiga, me ajudando e aconselhando em todos os momentos.

À Mariana Passos, uma amiga que me conquistou com sua alegria e companheirismo.

Às amigas Ana Lúcia Herdy e Renata Rocha, pelo jeito meigo e especial de falar e compartilhar.

Aos professores da disciplina de Odontologia de Promoção de Saúde da Escola de Odontologia da UNIGRANRIO, Márcia Rendeiro e Márcio Freitas, pelo apoio.

Aos meus amigos de turma de Mestrado, em especial, Valfredo Tresse, Rosana Gomes e Glória Moog, por momentos de trocas de experiências, e amizades. Que nossos encontros aos domingos não se esgotem.

À Mônica Reis, pela incessante ajuda durante meu percurso no curso de mestrado.
Obrigada por tudo.

Aos Professores do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública / FIOCRUZ
que ao longo desta trajetória contribuíram para o meu aprimoramento profissional.
Especialmente, à professora Mônica Campos.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar o modelo organizacional das empresas de planos de saúde odontológicos das modalidades de cooperativas de profissionais e a Odontologia de grupo para compreender a dinâmica da oferta de serviços odontológicos no país. Adotou-se como referência a formulação institucionalista de Di Maggio e Powell (1991). O mercado de planos de saúde odontológico é pulverizado, com o predomínio de empresas de pequeno porte e apresenta um grande dinamismo, que favorece as empresas de pequeno, médio e alto porte. As modalidades analisadas concentram a maior proporção de beneficiários e receitas. A análise geral do desempenho do setor revela impressionante dinamismo na captação de clientes, mesmo após a criação da ANS. O regime de regulação tem imposto um novo padrão institucional para a entrada, permanência e saída das empresas no mercado, que não afeta o desempenho setorial. Os dados analisados evidenciam que o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável, apresentando uma grande capacidade na geração de receitas que explica o crescimento e a permanência destas modalidades no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade empresarial do Brasil.

Palavras-chave: planos privados de saúde; serviços odontológicos; profissionalismo; regime regulatório; acesso.

ABSTRACT

The goal of this study was to analyze the organizational model of the dental health insurance industry. The main organizational leaders in the industry are the dental cooperatives and dental groups companies. The theoretical base of the article is the organizational theory developed by Di Maggio e Powell. The dental health insurance industry is fragmented and dynamic with high incidence of small firms. But, an expressive proportion of receipts and clients are concentrated in few large companies. The results show that the industry has expanded the number of clients after the creation of the National Health Insurance Agency. The regulation has forced institutional changes in the firms related to the rules to entry, stay or exit. The article did not find any evidence that the regulatory rules have affected the development and financial conditions of the industry. There are strong evidences that the sector of dental health insurance is highly rentable. The average of profitability is extremely high, especially among the group companies.

Key-Words: private health insurance; dentistry service; professionalism; regulatory regime; access.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, p. 8

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS, p. 09

1 INTRODUÇÃO, p. 10

2 REVISÃO DA LITERATURA, p. 12

2.1. Mercados de Planos de Saúde, p.12

2.1.1. *Uma Visão Geral*, p.12

2.2. Mercado de Planos de Saúde Odontológicos, p.23

2.3. Acesso aos Serviços de Saúde, p.27

2.4. Gastos Familiares com Assistência à Saúde, p.29

2.5. Dinâmica das Profissões, p.30

2.6. Entidades de Classe Odontológicas, p.34

2.7. Exigências Regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), p.36

2.8. Mercado de Trabalho Odontológico, p.39

3. METODOLOGIA, p.46

3.1. Marco Teórico, p.46

3.2. Desenho Operacional, p.50

3.2.1. *Cadastro Nacional de Operadoras*, p.50

3.2.2. *Avaliação da Eficiência Financeira*, p.51

3.2.2.1. *Rentabilidade*, p.51

3.2.2.2. *Índice de Despesa Assistencial*, p.51

3.3. Análise dos Dados, p.52

4. ARTIGO, p.53

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS, p.76

6. REFERÊNCIAS, p.78

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1: Número de beneficiários por modalidade de operadora, p. 17
- Tabela 2: Beneficiários de planos de saúde, por época e tipo de contratação do plano - Brasil – 2000-2006, p. 20
- Tabela 3- Beneficiários por modalidade da operadora e vigência do plano, p. 21
- Tabela 4: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, por modalidade da operadora, p. 24
- Tabela 5: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por época de contratação do plano (Brasil – 2000-2005), p. 25
- Tabela 6: Distribuição de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano, p. 25
- Tabela 7: Distribuição de operadoras a planos exclusivamente odontológicos por porte, p.26
- Figura 1: Distribuição percentual das operadoras de planos de saúde por grandes regiões – Brasil, p. 21
- Figura 2: Distribuição percentual do número de beneficiários de planos de saúde por grandes regiões – Brasil, p. 22
- Figura 3: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde, por segmentação assistencial do plano - Brasil - setembro/2006, p. 23
- Figura 4: Distribuição de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos por localização geográfica, p. 27
- Figura 5: Pontuação das operadoras de planos odontológicos por porte, p. 38
- Quadro 1: Mecanismo Institucional e Formato Organizacional, p. 50

LISTA DE ILUSTRAÇÕES - ARTIGO

- Quadro A: Mecanismo institucional formato organizacional, p. 62
- Tabela 1: Beneficiários por modalidade da operadora e vigência do plano, p. 66
- Tabela 2: Relação entre número de beneficiários e operadoras de planos odontológicos, p. 67
- Tabela 3: Variação marginal das receitas e despesas das modalidades, p. 69
- Tabela 4: Rentabilidade segundo os padrões organizacionais, p. 70
- Tabela 5: Distribuição proporcional de rentabilidade negativa e positiva segundo os padrões organizacionais, p. 70
- Gráfico A: Relação entre nº de beneficiários e receita – Cooperativas, p. 68
- Gráfico B: Relação entre nº de beneficiários e receita – Odontologia de Grupo, p. 68

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABH - Associação Brasileira de Hospitais
ABO - Associação Brasileira de Odontologia
AMB - Associação Médica Brasileira
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
CID - Código Internacional de Doenças
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSS – Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INBRAPE - Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos
MS - Ministério da Saúde
POF - Pesquisa de Orçamento Familiar
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
RN - Resolução Normativa
SADT - Serviços de Apoio à Diagnose e Terapia
SINOG - Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo
SUS - Sistema Único de Saúde
SUSEP - Superintendência de Seguros Privados

1. INTRODUÇÃO

Apesar da criação de um sistema de saúde com acesso universal, tem ocorrido o crescimento do número de indivíduos com planos privados de assistência à saúde.

Os planos de saúde no Brasil, desde o seu surgimento, sempre operaram sem qualquer regulamentação oficial. Ao longo da história, inúmeros desequilíbrios entre as empresas que oferecem os planos, os prestadores de serviços e seus usuários, tornaram-se constantes. No sentido de promover a defesa dos interesses públicos, notadamente a saúde pública, a Agência Nacional de Saúde Suplementar surge com o objetivo de Regular as operadoras de convênios e planos de Saúde ¹.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar foi viabilizada pela Medida Provisória nº 1928 de 25 de novembro de 1999, que em 28 de janeiro de 2000, foi convertida na Lei nº 9961. Em 03 de julho de 1998 foi aprovada a Lei nº 9656, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. A Medida Provisória nº 1928 de 25 de novembro de 1999 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar que tem como finalidades: promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde e regular as operadoras setoriais, quanto às suas relações com prestadoras e consumidores.

A partir da caracterização da Assistência Odontológica Suplementar, surgem empresas odontológicas formadas por corporações profissionais e por estratégias empresariais, com o objetivo de permanência em um mercado onde há inúmeros cirurgiões-dentistas e principalmente uma infinidade de pessoas sem acesso ao atendimento odontológico. No entanto, muitos profissionais aproveitam-se dessa realidade com o objetivo de aumentar seus clientes e seu faturamento, buscando, muitas vezes, convênios que não proporcionam as condições satisfatórias à prática da Odontologia liberal.

A Lei nº 9656/98, quando editada, contemplava especificamente os planos médico-hospitalares. Seus dispositivos objetivavam reequilibrar as relações no mercado de saúde suplementar naquele setor. Determinadas especificidades dos planos odontológicos não foram adequadamente explicitadas nessa regulamentação. Muito embora estejam submetidos a ela, foram tratados como planos médico-hospitalares ².

Decorridos alguns anos de regulamentação dos planos de saúde, as diferenças entre os planos odontológicos e os planos médico-hospitalares tornam-se aparentes e, é evidente a necessidade de aprofundamento no estudo e conhecimento da estrutura de funcionamento deste mercado.

Algumas variáveis estruturais explicam a dinâmica e o crescimento do mercado de planos de saúde odontológicos no Brasil. Dentre elas, destacam-se: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, o sofrível acesso da população aos serviços de saúde bucal, o baixo gasto das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica e o significativo peso dos gastos com planos privados de assistência à saúde.

A baixa sustentabilidade econômica do modelo liberal da profissão, representado por consultórios particulares, tem levado a profissão dos cirurgiões-dentistas a criar mecanismos de permanência no mercado ³. A economia das profissões liberais é condicionada pelo monopólio de competência, autonomia financeira e controle da clientela. A crise do modelo liberal vem promovendo alterações profundas no exercício profissional da Odontologia. Novas estratégias têm sido criadas na organização da oferta de serviços, buscando-se modelos associativos ou empresariais na tentativa de permanência no mercado.

Ao longo da década de 1990 as cooperativas odontológicas e Odontologia de grupo se consolidaram como duas modalidades de operadoras de planos de saúde odontológicos. Alguns fatores foram responsáveis pela expansão das empresas de planos de assistência à saúde na consolidação dessas organizações: a busca de rendas adicionais pela profissão odontológica associada ao baixo poder aquisitivo da população em custear tais serviços; competição dentro do setor produtivo, principalmente entre as empresas mais modernas; aumento dos custos dos serviços odontológicos, sobretudo os de maior densidade tecnológica; e a insatisfação da população com a oferta do SUS ⁴.

Baixas restrições institucionais limitaram o desenvolvimento das vertentes do cooperativismo ou do empresarialismo, predominando uma lógica de livre entrada no mercado para as soluções organizacionais.

Neste contexto, o objetivo deste trabalho é descrever o modelo organizacional e analisar comparativamente as empresas de planos de saúde odontológicos das modalidades de cooperativas de profissionais e a Odontologia de grupo.

2.REVISÃO DE LITERATURA

2.1.Mercado de Planos de Saúde

2.1.1.Uma visão geral

O mercado de planos privados de assistência à saúde tem sido bastante discutido nos últimos anos no Brasil. Devido aos vários desequilíbrios apresentados nas relações entre as empresas operadoras de planos de saúde, os prestadores de serviços e os usuários, havia explicitamente por parte destes uma insatisfação que reclamava para que esse setor fosse regulamentado, além da necessidade de regulamentação contemplada na revisão constitucional de 1988.

No final da década de oitenta, e início dos anos noventa, o número de empresas de planos e seguros de saúde praticamente triplicou, sem que houvesse regulação em prol dos consumidores, acarretando em muitos casos em contratos lesivos, como seleção de riscos, exclusão de tratamentos e aumentos unilaterais de preços ⁴.

Alguns fatores foram responsáveis pela expansão das empresas de planos de assistência à saúde, tais como a busca de rendas adicionais pela profissão médica associada ao baixo poder aquisitivo da população em custear tais serviços; competição dentro do setor produtivo, principalmente entre as empresas mais modernas; aumento dos custos dos serviços de saúde, sobretudo os de maior densidade tecnológica; e a insatisfação da classe média com os serviços prestados pelo SUS ⁴.

Algumas falhas foram observadas no setor de atenção à saúde. A assimetria de informação é uma delas, caracterizando o baixo poder que o paciente tem em julgar a qualidade de decisão do profissional, sendo desta forma importante o poder regulatório do governo na autorização da prática médica e da introdução de novos medicamentos ⁴.

Outra falha estava relacionada ao efeito limitativo da informação imperfeita e da restrição de oferta sobre a competição no setor saúde, já que os médicos e hospitais controlam as informações e a oferta de serviços.

Além destas, havia a falha referente ao seguro saúde. Alguns aspectos freqüentemente contribuem para sua ocorrência, como o risco moral, onde há a sobreutilização de serviços por alguns indivíduos por deterem cobertura excessiva de seguro.

Muitas pessoas não conseguem um seguro adequado ou estes são extremamente onerosos por serem considerados indivíduos de risco. Esta seleção negativa faz com que as seguradoras evitem pacientes idosos, ou portadores de alguma doença, ou mulheres em idade fértil, priorizando indivíduos de baixo risco. Uma estratégia para as empresas é manter um equilíbrio entre alto e baixo risco.

A barreira econômica para que muitos indivíduos possam ter seguro adequado a preços competitivos e o alto custo de transação para os cumprimentos de contratos entre seguradoras, clientes e prestadores, também são problemas relacionados ao mercado de seguro saúde.

Com a ausência de um agente regulador, as empresas focalizavam a população de baixo risco do mercado corporativo dos planos coletivos, de municípios de médio e grande porte, deixando para o Sistema Único de Saúde os indivíduos de alto risco, e beneficiários de planos individuais que contraíssem enfermidades de alto custo ou de longa duração de tratamento.

Neste contexto, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, a partir da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, vinculada ao Ministério da Saúde, como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização, em todo o território nacional, das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Dessa forma, as ações relativas à estratégia de regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar passaram a ser realizadas pela ANS, de modo a garantir a consecução dos objetivos básicos definidos pela nova legislação de regulamentação do setor ⁵:

- Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, das operadoras e do sistema, que assegurem a continuidade da prestação de serviços à saúde contratados pelos consumidores;
- Dar transparência e garantir tanto a integração do setor de saúde suplementar ao SUS como que o sistema seja ressarcido quanto aos gastos gerados pelos consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- Estabelecer uma política de regulação de preços, definindo mecanismos de controle capazes de coibir possíveis abusos de preço; e

- Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor de saúde suplementar, buscando o funcionamento equilibrado do sistema e do próprio modelo de regulação e de fiscalização.

De acordo com o Artigo 3º da Lei 9.961/00, a finalidade institucional da ANS é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. Desta maneira, a ANS foi instituída para unificar todas as funções de regulação do setor de saúde suplementar, tanto em seu aspecto assistencial quanto em sua dimensão econômico-financeira ⁵.

Assim como as demais agências reguladoras, a ANS foi criada como autarquia sob regime especial: apesar de vinculada ao Ministério da Saúde, possui autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, assim como autonomia em suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes ⁵. Estas características são importantes, na medida em que uma política regulatória bem-sucedida está atrelada à independência das agências e à agilidade na tomada de decisões.

A Lei nº 9.961/00 reconhece a diferença entre os contratos negociados exclusivamente por um indivíduo para si e para a sua família e aqueles negociados para grupos maiores de pessoas. Desta maneira, as contratações podem ser individuais ou familiares, onde o contrato é assinado entre um indivíduo e uma Operadora de planos de saúde para assistência à saúde do titular do plano (individual) ou do titular e de seus dependentes (familiar); coletivo com patrocinador, onde os planos são contratados por pessoa jurídica com mensalidade total ou parcialmente paga à operadora pela pessoa jurídica contratante, incluindo também os contratos mantidos por autogestão em que o beneficiário paga parcialmente a mensalidade; e o coletivo sem patrocinador, sendo planos contratados por pessoa jurídica com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora ⁶.

Antes do marco regulatório no mercado de saúde suplementar, a composição dos agentes desse mercado se dava basicamente por quatro modalidades de operadoras: medicina de grupo, cooperativa, seguradoras e autogestões ⁷.

A regulamentação editada pela ANS estendeu o leque de classificação das operadoras em função das especificidades de cada organização, tanto no que diz respeito à necessidade de se levar em consideração as peculiaridades das operadoras

quer na elaboração do Plano de Contas Padrão, quer no estabelecimento de regras de garantias financeiras.

Assim, na Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 39, de 27 de outubro de 2000 ⁸, foram definidas sete modalidades de operadoras, sendo elas: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, filantropias, autogestões, medicinas e odontologias de grupo. Quanto às seguradoras especializadas em saúde, estas receberam tratamento específico pela RDC nº 65, de 2001.

Segundo a RDC nº 39 ⁸ da ANS, as operadoras de planos de saúde são classificadas em:

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

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

As cooperativas médicas são as operadoras que se organizam como sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas na forma da Lei n.º 5.764, de 1971, que operam planos de saúde. Além dos serviços dos próprios cooperados, em nível ambulatorial, as cooperativas médicas mantêm convênios com provedores de serviços médico-hospitalares, verificando-se uma recente rede própria crescente. A mesma definição é válida para a cooperativa odontológica, a não ser pelo fato desta operar exclusivamente planos odontológicos ⁹.

A cooperativa médica é a modalidade na qual os médicos são simultaneamente sócios e prestadores de serviços, além de participarem do rateio do lucro final obtido pelas unidades municipais. São predominantes nos Municípios de pequeno e médio porte, em boa parte em função da polêmica estratégia de unimilitância ⁹.

Para DUARTE ¹⁰ as cooperativas médicas se inserem no chamado “complexo Unimed”, sistema multicooperativo que congrega, além das cooperativas de trabalho médico (Unimeds), as de economia e crédito mútuo (Unicreds) e as de consumo para os integrantes do sistema Unimed (Usimeds), bem como um sistema empresarial que engloba instituições não-cooperativistas, representadas por empresas de capital e uma fundação sem fins lucrativos.

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

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

As autogestões não comercializam planos de saúde, apenas operam planos para um grupo predefinido, o qual pode ser patrocinado por uma ou mais empresas empregadoras (autogestões multipatrocinadas) ou até sem patrocínio, caso em que são custeadas apenas por seus associados. Segundo BAHIA ¹¹, as autogestões originam-se da mais tradicional forma de proteção social aos trabalhadores, isto é, a assistência direta das empresas e, na maioria dos casos, caracterizam-se pela contribuição da empresa para o financiamento do plano, sendo também mais flexíveis do que a envolvida com o pré-pagamento *per capita* das modalidades comerciais.

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

Rodrigues ¹² define medicina de grupo como sendo empresas médicas que administram planos de saúde para órgãos públicos, entidades, empresas privadas, indivíduos ou famílias, e trabalham com vários tipos de planos. A estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados. O acesso à rede própria ou credenciada é livre, e nos planos mais caros é previsto o uso de serviços não-credenciados, sendo concedido ressarcimento dos gastos com base em valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Associação Brasileira de Hospitais (ABH), o que não garante reposição total das despesas realizadas pelo usuário do plano de saúde.

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

g. Filantropia: refere-se às entidades sem fins lucrativos que oferecem Planos Privados de Assistência à Saúde e que tenham obtido certificado de Entidade Filantrópica fornecido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal fornecida pelo Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos órgãos dos governos estaduais e municipais. As Santas Casas de Misericórdia são o mais recorrente exemplo dessa categoria de operadora. Os planos de saúde operados pelas Filantropias, em geral, permitem o acesso a um grupo bastante restrito de serviços ou a um único estabelecimento hospitalar, geralmente localizados em municípios de pequeno e médio porte ⁹. As entidades filantrópicas operam em parceria com seguradoras, seguindo os mesmos princípios das operadoras com fins lucrativos.

A composição do mercado está representada na Tabela 1.

Tabela 1: Número de beneficiários por modalidade de operadora – Brasil - 2006

Modalidade da Operadora	Total	Percentual
Medicina de Grupo	14.670.751	33,3 %
Cooperativa Médica	11.722.524	26,6 %
Autogestão	5.405.152	12,3 %
Odontologia de Grupo	4.682.396	10,6 %
Seguradora Especializada em Saúde	4.625.277	10,5 %
Cooperativa Odontológica	1.599.351	3,6 %
Filantropia	1.321.566	3,0 %
Total	44.027.017	100 %

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

Atualmente, de acordo com a Lei 9. 656 ², as Seguradoras também são classificadas como um tipo de operadora. A RDC no 65 ¹³, de 24 de abril de 2001, aborda alguns aspectos das Sociedades Seguradoras especializadas em saúde.

Classificam-se como Seguradoras Especializadas em Saúde as empresas que comercializam o seguro enquadrado como plano privado de assistência à saúde, devendo, para tanto, realizar a atividade com exclusividade, isto é, sem *mix* de carteiras com outros ramos do seguro ¹³.

Inicialmente as seguradoras operavam apenas com a modalidade reembolso, contra a apresentação dos comprovantes das despesas médico-hospitalares, pois não dispunham de rede assistencial e atuavam apenas com a intermediação financeira da provisão dos serviços. Posteriormente, foi-lhes autorizado o referenciamento de uma rede de profissionais em saúde, estabelecimentos hospitalares e SADT como estratégia de competição no mercado, restando-lhes, contudo ainda vedada, a manutenção de serviços próprios de atendimento médico-hospitalar ⁹.

As principais características dos planos operados pelas Seguradoras Especializadas em Saúde são a livre escolha dos serviços de assistência à saúde, garantindo o reembolso posterior das despesas e a ausência de rede própria. São obrigatoriamente organizadas sob a forma de sociedades anônimas ¹³.

É importante salientar que o mercado de seguro saúde está representado por apenas 12 operadoras, todas concentradas na região sudeste do país, captando aproximadamente 10,5% do número de beneficiários totais do mercado de planos de saúde. A distribuição da receita entre as operadoras mostra que as seguradoras de saúde estão em terceiro lugar entre as empresas que operam planos de saúde com 22,3% da receita total do mercado, ficando atrás da cooperativa médica (39,0%) e medicina de grupo (31,7%) ¹⁴.

Um exemplo importante das mudanças introduzidas pela Lei foi a instituição da obrigatoriedade de informações. Isso permite a ANS promover diversas análises e, em especial, acompanhar a evolução dos custos, condição essencial para a autorização de aumento das mensalidades dos planos individuais ⁵.

Determinadas características - como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica - submetem os contratos de forma diferenciada à legislação ⁵.

Os números atuais da ANS dão conta de que o mercado de saúde suplementar engloba mais de 40 milhões de vínculos de beneficiário, dos quais aproximadamente 85% a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 15% a planos

exclusivamente odontológicos, além de cerca de duas mil empresas operadoras e milhares de prestadores de serviços em hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios¹⁴.

De acordo com o cadastro de beneficiários, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de abril de 2003, 74% do total de empresas eram de pequeno porte (até 10 mil clientes), e estas quando somadas não detinham mais de 10% do mercado de clientes. Já as empresas com mais de 100 mil clientes compunham 3% das empresas ativas no mercado e concentravam 53% da clientela. Assim, as empresas de grande porte detêm o maior número de clientes⁴.

A última pesquisa publicada pela agência, em dezembro de 2006, mostra que das 2.091 operadoras em atividade no mercado 53% são empresas de pequeno porte, e 2,8% de grande porte¹⁴. Percebe-se que a relação entre as empresas com mais de 100.000 beneficiários não apresentou modificação relevante nos últimos 3 anos, porém, o mesmo não se observa com as empresas de até 10.000 beneficiários. A regulação exercida pela ANS pode ser um fator responsável pela diminuição no número de operadoras de pequeno porte. Provavelmente, estas empresas são mais afetadas pelos instrumentos regulatórios da Agência, tornando a permanecer no mercado mais vulnerável.

Existem duas espécies de planos de saúde ativos no mercado: aqueles cujo contrato foi realizado antes da vigência da Lei nº 9.656,² de 1998, usualmente chamados de planos antigos, e os firmados depois da vigência dessa Lei, os planos novos. A Lei nº 9.656,² de 1998, proibiu a oferta de planos antigos, e previu a adaptação destes, porém, há ainda forte presença no mercado de saúde suplementar dos planos antigos, já que os consumidores não são obrigados a adaptarem seus contratos.

Hoje ainda se convive com planos antigos. Aproximadamente 15 milhões de consumidores estão à margem da proteção contratual trazida pelo ambiente regulatório, sujeitos a contratos que prevêm exclusão de coberturas assistenciais e limitação de procedimentos. Entretanto, observa-se que à medida que o processo regulatório avança, o número de beneficiários cadastrados a planos antigos diminui (Tabela 2)¹⁴.

Tabela 2: Beneficiários de planos de saúde, por época e tipo de contratação do plano - Brasil – 2000-2006

Competência	Total	Novos						Antigos	
		Total		Coletivos		Individuais		Absoluto	Relativo
		Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo		
Dez/00	34.689.959	10.411.412	30,0%	7.527.608	21,7%	2.883.804	8,3%	24.278.547	70,0%
Dez/01	34.560.696	13.097.533	37,9%	9.383.661	27,2%	3.713.872	10,7%	21.463.163	62,1%
Dez/02	35.469.360	15.946.966	45,0%	11.660.330	32,9%	4.286.636	12,1%	19.522.394	55,0%
Dez/03	36.652.577	19.356.037	52,8%	14.515.937	39,6%	4.840.100	13,2%	17.296.540	47,2%
Dez/04	39.244.523	23.411.643	59,7%	17.871.698	45,5%	5.539.945	14,1%	15.832.880	40,3%
Dez/05	41.899.574	27.046.757	64,6%	20.931.951	50,0%	6.114.806	14,6%	14.852.817	35,4%
Set/06	44.027.017	29.263.586	66,5%	22.930.686	52,1%	6.332.900	14,4%	14.763.431	33,5%

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

Segundo dados do caderno de informação da saúde suplementar disponível pela ANS ¹⁵, os planos novos (após vigência da lei 9.656/98) representam a maior proporção de beneficiários tanto para medicina de grupo quanto para cooperativas médicas (Tabela 3). Em publicação recente da ANS ¹⁴ estes valores mostraram-se semelhantes.

Tabela 3- Beneficiários por modalidade da operadora e vigência do plano – Brasil - 2005.

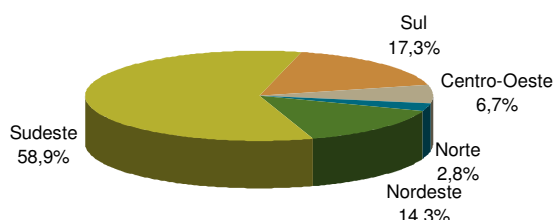
Modalidade	Antigos (Anteriores à Lei 9.656/98)		Novos (Posteriores à Lei 9.656/98)		Total
Medicina de Grupo	8.464.688	63,2%	4.926.773	36,8%	13.391.461
Cooperativa Médica	6.153.187	56,6%	4.709.257	43,4%	10.862.444
Autogestão	2.113.938	39,7%	3.208.531	60,3%	5.322.469
Seguradora Especializada em Saúde	2.545.491	57,4%	1.888.440	42,6%	4.433.931
Filantropia	644.810	50,8%	623.976	49,2%	1.268.786
Total	19.922.114	56,5%	15.356.977	43,5%	35.279.091

Fonte: Cadastro de Beneficiários-ANS/MS – 06/2005

Cadastro de Operadores-ANS/MS – 29/08/2005 ¹⁵

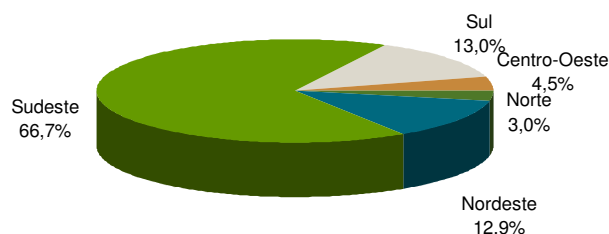
Além disso, o crescimento do mercado mostra-se desigual entre as regiões brasileiras, o que se confirma pelos dados das Figuras 1 e 2, por onde se percebe intensa concentração de operadoras na Região Sudeste, com 66,7% dos consumidores de plano de saúde ¹⁴.

Figura 1: Distribuição percentual das operadoras de planos de saúde por grandes regiões – Brasil - 2006.



Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

Figura 2: Distribuição percentual do número de beneficiários de planos de saúde por grandes regiões – Brasil - 2006.



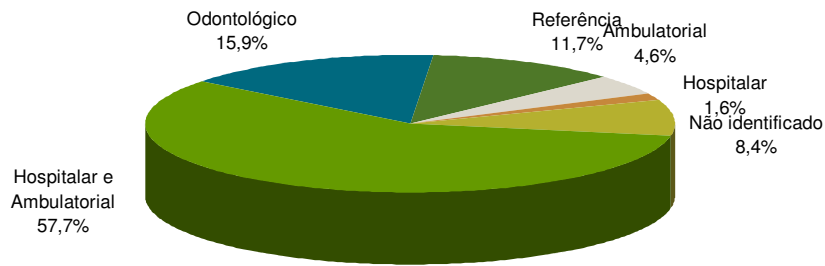
Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

Até o marco regulatório, não havia padrão de cobertura assistencial para os planos antigos, sendo amplo o número de variações relacionadas ao acesso à rede de serviços. No entanto, esses planos obedeciam a uma hierarquização das demandas de acordo com a posição socioeconômica do consumidor na possibilidade de escolha do médico, e ao acesso e tipo de acomodação em estabelecimentos hospitalares ¹¹.

A Lei nº 9.656, ² de 1998, trouxe a garantia da integralidade da cobertura assistencial, que passou a abranger todas as patologias catalogadas na CID, bem como a instituição do plano-referência, de oferecimento obrigatório pelas operadoras, com exceção das autogestões e odontologias, que compreende o atendimento ambulatorial e hospitalar, com cobertura obstétrica, e inclui cobertura integral em situações de urgência e emergência, com padrão de enfermaria. No entanto, manteve a Lei, de certo modo, a configuração de produtos já sedimentada no mercado ao admitir a segmentação das coberturas segundo a complexidade do nível de atenção.

Os planos privados de assistência à saúde podem ser oferecidos pelas operadoras aos consumidores nas segmentações ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico ou na sua combinação, sem limitações de procedimentos correspondentes a cada nível de atenção. O que se observa é que a cobertura combinada dos segmentos ambulatorial e hospitalar é a forma predominante (Figura 3) ¹⁴.

Figura 3: Distribuição percentual dos beneficiários de planos de saúde, por segmentação assistencial do plano - Brasil - setembro/2006



Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

2.2.Mercado de planos de saúde odontológicos

Apesar de não possuírem um peso econômico tão expressivo quanto as empresas de planos de saúde médicos, as empresas odontológicas de modalidades cooperativa e odontologia de grupo também apresentam importância no mercado de planos de saúde, já que centralizam a oferta do mercado em odontologia, onde dentre os vínculos a planos exclusivamente odontológicos, estas modalidades somadas detém 89,04% do número de beneficiários (Tabela 4) ¹⁵. Em publicação recente da ANS ¹⁴ estes valores não sofreram variação significativa.

Tabela 4: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, por modalidade da operadora – Brasil - 2005

Modalidade	Beneficiários	%
Odontologia de Grupo	3.752.687	63,79%
Cooperativa Odontológica	1.485.665	25,25%
Medicina de Grupo	366.466	6,23%
Seguradora Especializada em Saúde	243.425	4,14%
Autogestão	21.481	0,37
Cooperativa Médica	8.647	0,15%
Filantropia	4.400	0,08%
Total	5.882.831	100%

Fonte: Cadastro de Beneficiários - ANS/MS – 06/2005

Cadastro de Operadores-ANS/MS – 29/08/2005 ¹⁵

Quando comparado o número de beneficiários por modalidade operadora, dados da ANS ¹⁴ mostram que mesmo somados, o número de beneficiários da odontologia de grupo (10,6%) com o da cooperativa odontológica (3,6%) não se equiparam ao valor encontrado para a cooperativa médica (26,6%) e medicina de grupo (33,3%) dentro do setor de saúde suplementar, o que mostra a hegemonia das empresas médicas em relação às odontológicas. Cabe ressaltar que algumas empresas médicas também fornecem serviços odontológicos (Tabela 1).

Após vigência da lei 9.656/98, o número de beneficiários por operadora de serviços exclusivamente odontológicos teve um aumento expressivo e demarcado ao longo dos anos, o que retrata o dinamismo do mercado de planos de saúde. É possível considerar que a falta de oferta do serviço público e a eficiência do setor de planos de saúde, propiciada pela competição dos preços no mercado, possam estar explicando este processo (Tabela 5) ¹⁴.

Tabela 5: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por época de contratação do plano (Brasil – 2000-2005)

Competência	Antigos (A)	Novos (B)	Total (C)	B/C – Proporção de Crescimento
Dezembro/2000	1.476.939	1.318.113	2.795.052	0,5
Dezembro/2001	1.562.713	1.663.028	3.225.741	0,5
Dezembro/2002	1.523.585	2.227.764	3.751.349	0,6
Dezembro/2003	1.439.255	2.918.953	4.358.208	0,7
Dezembro/2004	1.479.851	3.768.425	5.248.276	0,7
Dezembro/2005	1.542.142	4.707.180	6.249.322	0,8

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 03/2006 ¹⁴

Os planos de saúde exclusivamente odontológicos assemelham-se aos planos médicos em relação ao tipo de contratação de beneficiários. Os contratos de assistência privada são predominantemente coletivos (Tabela 6) ¹⁴.

Tabela 6: Distribuição de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos por tipo de contratação do plano – Brasil - 2006

Vínculo	Planos Individuais	Planos Coletivos	Não Identificados
Planos de Assistência Médica	22,4%	65,3%	12,3%
Planos Exclusivamente Odontológicos	14,1%	76,2%	9,8%

Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 03/2006 ¹⁴

De acordo com o cadastro de beneficiários, da Agência Nacional de Saúde suplementar de junho de 2005, 16% do total das operadoras de planos exclusivamente odontológicos eram de grande porte (acima de 20 mil clientes) (Tabela 7) ¹⁵. Além disso, a região sudeste concentra o maior número de beneficiários (figura 4) e operadoras (58,62%) ¹⁴.

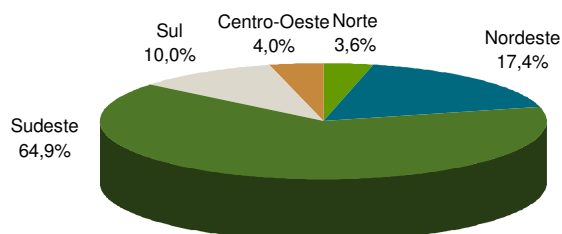
Tabela 7: Distribuição de operadoras a planos exclusivamente odontológicos por porte – Brasil - 2005

Beneficiários	Operadoras	%
Sem Beneficiários	392	18,4%
1 a 100	91	4,3%
101 a 1.000	311	14,6%
1.001 a 2.000	195	9,2%
2.001 a 5.000	329	15,5%
5.001 a 10.000	233	10,9%
10.001 a 20.000	238	11,2%
20.001 a 50.000	187	8,8%
50.001 a 100.000	79	3,7%
100.001 a 500.000	66	3,1%
Acima de 500.000	8	0,4%
Total	2.129	100,0%

Fonte: Cadastro de Beneficiários-ANS/MS – 06/2005

Cadastro de Operadores-ANS/MS – 29/08/2005 ¹⁵

Figura 4: Distribuição de beneficiários a planos exclusivamente odontológicos por localização geográfica – Brasil - 2006



Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS/MS – 09/2006 ¹⁴

Trata-se de um mercado pulverizado e multifacetado, uma vez que compreende operadoras das mais variadas formas de organização societária, que vão desde grandes conglomerados ligados a *holdings* a modestas associações sem fins lucrativos ou órgãos internos de empresas que atuam em outros setores. Essa pluralidade confere um acentuado grau de desigualdade quanto ao porte econômico das operadoras.

Um fator que poderia explicar o crescimento do número de empresas de planos de saúde odontológicos seria o ritmo acelerado do crescimento da oferta de profissionais dentistas. O mercado de planos de saúde odontológicos cresce, não só por uma questão empresarial, por ser promissor como qualquer plano de saúde, mas pode ser também condicionado por uma estratégia dos profissionais da classe odontológica na tentativa de permanecerem inseridos no mercado, mantendo autonomia e acesso ao financiamento direto dos clientes.

2.3. Acesso aos Serviços de Saúde

Apesar da criação de um sistema de saúde com acesso universal, tem ocorrido o crescimento do número de indivíduos com planos privados de saúde. O acesso a esses planos tem sido desigual entre as regiões metropolitanas brasileiras. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo

IBGE os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, concentravam 65% de todos os beneficiários do país ⁴.

Montone ¹⁶ analisou o perfil do usuário do setor de Saúde Suplementar, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. Nesse ano, estimou-se que 38,7 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos privados de assistência à saúde, sendo a distribuição geográfica dessa população extremamente concentrada na zona urbana (95%). Em relação à distribuição da população por faixa de rendimentos, 52% dos beneficiários do setor de Saúde Suplementar possuem renda média familiar inferior a 10 salários-mínimos. A população feminina usuária de plano privado de assistência à saúde é majoritária (54%) e a parcela da população com menos de 40 anos representa 2/3 do total de usuários (67%) desses planos.

Cinco anos depois, em 2003, a PNAD estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País. Destes, 34,2 milhões de pessoas (79,2%) estavam vinculados a planos de saúde privado, individual ou coletivo. O restante, 9 milhões de pessoas (20,8%) estava coberto por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). Outro dado relevante é que o acesso ao mercado de planos de saúde está condicionado à renda das famílias ¹⁷.

As Restrições ao Acesso - O acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual. Barros & Bertoldi ¹⁸ revelaram nível baixo de utilização de serviços odontológicos no Brasil ao investigar os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 1998. A proporção de 77% da população de até seis anos de idade jamais havia consultado um dentista. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista foi 16 vezes maior no grupo constituído pelos 20% mais pobres da população quando comparados com os 20% mais ricos. Entre a população idosa, a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista foi de 6,3% para o País atingindo 50,7% na região Nordeste ¹⁹.

Dados da PNAD (2003) mostram que uma parcela expressiva dos brasileiros (15,9%) declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista – equivalente a 27,9 milhões de pessoas. Esta proporção era de 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos. Entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um dentista ¹⁷.

Apesar desses indicadores, os dados do Ministério da Saúde revelam que a saúde bucal no Brasil vem recebendo uma parcela relativamente pequena em relação ao total de recursos repassados aos municípios. Em 2003, 1,63% do investimento em saúde destinavam-se aos procedimentos odontológicos. Estes valores não tiveram grandes alterações para o ano de 2005 (1,47%)²⁰. Os dados das despesas próprias de Municípios e Estados não são identificáveis²¹.

2.4.Gastos Familiares com Assistência à Saúde

Os Gastos Familiares Residuais - De acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), o gasto das famílias brasileiras com saúde representa o quarto maior grupo de dispêndios correntes, ficando atrás apenas das despesas com habitação, alimentação e transporte²². Para 2003, a média percentual de despesas totais das famílias brasileiras em assistência à saúde foi de 5,53%, sendo de 0,54% a proporção das despesas com consultas e tratamento dentário e 1,51% com despesas com planos de saúde²³. Ao comparar os gastos percentuais médios com consulta e tratamento dentário realizado pela POF de 1996 (1,19%) e 2003 (0,54%), observa-se um declínio relativo nos valores proporcionais²⁴.

Este fato pode estar associado à crise do modelo liberal da profissão odontológica, já que essa redução indica que, nestes cinco anos, o desembolso direto para a compra de serviços odontológicos teve uma diminuição relativa^{23,24}.

Os gastos Familiares com Planos de Saúde - Favaret & Oliveira²⁵ apresentaram a tese da universalização excludente como um possível efeito colateral da ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde a partir da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a excluir progressivamente a classe média. A classe média buscou nos planos privados de assistência à saúde a solução de problemas de saúde. Esse fato foi potencializado pela oferta cada vez maior de planos de saúde para funcionários públicos e empregados do setor privado.

Apesar da maior parte das despesas com saúde ser destinada à compra de medicamentos, o pagamento de mensalidades de planos de saúde também tem peso relevante nas despesas familiares. O gasto com medicamentos e planos/seguro saúde representou respectivamente 40,6% e 28,2% das despesas com assistência à saúde das famílias brasileiras no ano de 2003²³.

2..5.Dinâmica das Profissões

Um fator a ser considerado na expansão do mercado de planos de saúde odontológicos no Brasil é a dinâmica da profissão. A profissão é o espaço organizacional ao qual as corporações têm seus interesses protegidos e organizados.

A história das profissões tem seu marco no industrialismo capitalista do século XIX, quando aumentou a competitividade no campo de trabalho. As ocupações começaram a buscar um lugar seguro na economia e a disputa levou à criação de associações e instituições próprias. Surgiram as associações, os credenciamentos, a licença, o registro e os cursos superiores. São esses fatores que elevaram o status de algumas ocupações para a esfera da profissão ²⁶.

Os conceitos apontados por Freidson ²⁶ para especificar as características das profissões dentro da estrutura das ocupações são:

1. profissão é um tipo de trabalho pago, feito em tempo integral, que inclui o mercado informal;
2. profissão é de caráter especializado, de base teórica, com competência discricionária de julgamento sobre uma área do saber;
3. profissões são aquelas ocupações que controlam a divisão do trabalho, que é determinada pelas suas relações, que negociaram as delimitações e fronteiras jurisdicionais de cada uma, diferente do método baseado no livre mercado ou controlado por uma administração racional legal externa à profissão;
4. na profissão, o controle do mercado de trabalho é ocupacional, feito através do credenciamento dos membros da profissão;
5. a profissão envolve a pessoa com conhecimento abstrato e autoridade sobre um campo do saber profissional, obtido fora do mercado de trabalho, nas instituições de ensino superior.

Para Freidson ²⁷ há dois conceitos que definem profissão. O primeiro refere-se a um amplo número de ocupações prestigiosas, mas muito variadas, cujos membros tiveram uma educação superior e são identificados em virtude de sua educação e não de sua ocupação laborativa propriamente dita, ou seja, a profissão como status social. O segundo conceito tenta definir profissão como um número limitado de ocupações com traços ideológicos e institucionais mais ou menos comuns. Para o autor, no segundo conceito é possível pensar o profissionalismo como forma de organizar uma ocupação, produtor de identidades profissionais distintas e abrigos exclusivos de mercado, que

segundo ele, mantém cada ocupação separada das outras e freqüentemente em oposição a elas.

Historicamente pode-se considerar que as antigas universidades medievais da Europa foram as responsáveis pela criação das primeiras profissões liberais: a medicina, o clero e a advocacia. Estas são o exemplo de uma profissão de status, em contraponto às atuais profissões ocupacionais. A partir do desenvolvimento do capitalismo industrial do século XIX na Inglaterra e depois, nos Estados Unidos, começou uma certa confusão nos termos em virtude das ocupações recém-criadas pertencentes à classe média buscarem o status das clássicas profissões liberais. Segundo Freidson ²⁷, obter o reconhecimento como profissão era fundamental não só pelo status social equiparado à pequena nobreza tradicional, mas também porque suas conotações tradicionais de aprendizado e dedicação desinteressados legitimavam o esforço de ganhar proteção contra a competição no mercado de trabalho.

Na Inglaterra e Estados Unidos, em contraposição à política do *laissez-faire*, a alternativa mais viável para forçar a profissionalização de certas ocupações com sua conseqüente reserva de mercado foi a de criação de movimentos próprios de cada ocupação, em prol do reconhecimento e da proteção do Estado.

No entanto, na maioria dos países da Europa, por exemplo, na Alemanha e França, o status ou a referência social de uma pessoa não era dado pela ocupação, mas sim pela educação de elite.

Freidson ²⁷ descreve que a intenção não seria determinar o que é profissão em um sentido absoluto, mas como as pessoas de uma sociedade determinam quem é profissional ou não, como fazem as profissões e quais são suas atividades e conseqüências para a sociedade.

Para Freidson ²⁷, profissão é sinônimo de ocupação, diz respeito ao trabalho especializado pelo qual uma pessoa ganha a vida em uma economia de troca. No entanto a diferença é que não é qualquer tipo de trabalho. O trabalho do profissional tem caráter esotérico (corpo esotérico de conhecimento), formado por conhecimentos complexos específicos e de natureza abstrata, que para serem avaliados, requerem conhecimentos teóricos, competência, discernimento e experiência que os leigos, ou pessoas comuns, não detêm. Além disso, o tipo de trabalho que os profissionais realizam é considerado de extrema importância para o bem-estar de indivíduos ou da coletividade, e tendo um valor tão especial que o dinheiro não pode lhe servir de única medida, sendo também “Boa Obra” (Ideal de Serviço).

O trabalho do profissional, diferentemente de outro trabalhador comum, além de utilizar na prática um corpo de conhecimentos e competências especiais requer uma relação de confiança com seus clientes ²⁷. Requer também um período relativamente exigente de treinamento para aprender como executar bem este trabalho complexo e esotérico. Este tipo de treinamento, que dependeria obrigatoriamente de uma educação superior formal, tende a criar um compromisso com a competência e o conhecimento, fazendo com que o exercício da atividade laboral torne-se um elemento central na vida do profissional. Os profissionais não exercem apenas uma competência complexa, mas identificam-se com ela, tomam para si a identidade profissional até mesmo na vida pessoal. Além disso, o que os profissionais fazem tem valor especial para seus clientes, embora estes não sejam capazes de avaliar fielmente seu trabalho, dada a complexidade do mesmo, daí a necessidade dos clientes depositarem maior confiança nos profissionais do que em outros.

Freidson ²⁷ defende a idéia de que o profissionalismo é preferível a modos alternativos de organizar o trabalho profissional.

Para o autor, o profissionalismo representa um método logicamente distinto de organizar uma divisão de trabalho e expressa uma circunstância em que as ocupações negociam entre si os limites de suas jurisdições e controlam seus mercados. O princípio fundamental e distintivo dos agrupamentos profissionais é a autonomia ou o controle que estes grupos têm sobre seu próprio trabalho ²⁷. Sua estratégia analítica busca acentuar, a organização social, política e econômica do trabalho, tratando, o conhecimento e a destreza como derivados do controle ou da falta dele, mais do que como suas causas.

Outros autores também argumentam a respeito do profissionalismo. Para Starr (apud Ponte, 1999) ²⁸ "o profissionalismo representa mais uma forma de controle profissional do que uma qualidade inerente a certos trabalhos", onde o fracasso ou êxito na obtenção dos objetivos desejados depende dos meios de organização coletiva de que dispõe a profissão e também da receptividade do público e do governo. O autor acrescenta que "o profissionalismo é também uma espécie de solidariedade, uma fonte que dá significação ao trabalho e, um sistema de regulação de crenças próprio das sociedades modernas".

Para Larson (apud Ponte, 1999) ²⁸, o processo de profissionalização está relacionado à dimensão do conhecimento abstrato passível de aplicação prática que a profissão controla, bem como ao mercado, sendo este determinado pelo desenvolvimento econômico e social e pela ideologia dominante. Seu quadro de

referências destaca os elementos que podem favorecer tal processo no sentido da conquista e manutenção do monopólio de competência. Sendo estes:

- 1 - a natureza do serviço que é oferecido - quanto mais necessário, abrangente e menos acessível, mais favoráveis são as condições para a profissão;
- 2 - o tipo de mercado - quanto menos competitivos, melhores serão as condições de exercício profissional, contudo, é bom frisar que a competição tende a forçar as profissões a adotarem formas mais sofisticadas de controle monopolístico;
- 3 - o tipo de clientela - quanto mais desorganizada e universal for a clientela, mais favorecidas serão as profissões;
- 4 - a base cognitiva - quanto mais 'esotérico' e padronizado o conhecimento, melhor é a situação profissional ou em outras palavras, quanto mais científica for a base cognitiva, melhores serão as condições da profissão;
- 5 - a formação profissional - quanto maior for o nível de controle exercido pelos profissionais sobre as condições de acesso à profissão, maiores serão as suas chances de maximizar suas posições de poder no mercado;
- 6 - as relações de poder - quanto mais protegida pelo Estado e menos dependente de outros mercados, melhores serão suas posições na divisão social do trabalho;
- 7 - a afinidade com a ideologia dominante - quanto mais a ideologia profissional coincidir com a ideologia dominante, melhor será a situação da profissão.

Uma questão relevante nos aspectos constitutivos de uma profissão é o chamado corporativismo. O corporativismo pode ser definido como a capacidade de cooperação mútua entre colegas de uma mesma profissão. Também significa que os profissionais encontram-se unidos, em parte para se protegerem uns aos outros e também para protegerem a sociedade dos maus profissionais. O corporativismo, embora seja um aspecto fundamental do comportamento profissional, em alguns aspectos parece servir menos para melhorar os padrões de prestação dos serviços profissionais e muito mais para ocultar os erros, controlar o número de práticas, diminuir a competição e aumentar a renda ²⁸. A presença de uma organização profissional é fundamental para a autonomia, poder e controle profissional. O aspecto fiscalizador de uma organização profissional como Conselho ou Associação torna-se essencial.

Para Machado ²⁹, as associações profissionais são uma das formas de regulação mais antiga das corporações. A auto-regulação serve para preservar ou mesmo promover melhores padrões, mas pode ser simplesmente para aumentar prestígio ocupacional, controlar número de práticas, diminuir a competição e aumentar a renda.

O aspecto fiscalizador de uma organização profissional como Conselho ou Associação torna-se essencial. É necessário que haja pares fiscalizando pares, e que este tenha domínio da atividade executora ²⁹.

Na Odontologia, os Conselhos Federal e Regionais cumprem esta função de legislador e controlador do exercício da profissão do ponto de vista legal e ético. As associações profissionais de caráter científico e cultural, como a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) são também importantes para a corporação na consolidação da produção técnico-científica.

A profissão odontológica é fortemente influenciada pelo corporativismo. O que se observa atualmente é a associação de cirurgiões-dentistas principalmente na tentativa de manterem-se inseridos no mercado de trabalho. A alta competitividade do setor associada à baixa renda da população e um serviço de saúde pública deficiente, faz com que os profissionais formem corporações para assegurar renda e captação de clientes.

2.6. Entidades de Classe Odontológicas

A questão dos planos de saúde, principalmente, dos planos de saúde odontológicos como mecanismo moderador do mercado de trabalho do cirurgião dentista historicamente, é pouco discutida entre profissionais, estudiosos ou mesmo entre as entidades de classe odontológicas.

Em 1993, Vitor Gomes Pinto ³⁰ em seu livro: A Odontologia Brasileira às vésperas do ano 2000 traça o diagnóstico da saúde bucal brasileira, bem como os caminhos a seguir, colocando sugestões sobre as linhas de estudos e pesquisas mais necessárias para o novo milênio. O autor propõe estudos epidemiológicos e dos fatores etiológicos das doenças bucais, estudos de prevenção e educação em saúde e estudos sobre o sistema prestador dos serviços, e não menciona a necessidade de estudos relacionados à inserção dos planos privados de assistência à saúde como um prestador de serviço odontológico. Não enuncia estudos sobre a composição do mercado de trabalho e futuras repercussões para o profissional e para a população brasileira.

Surpreende a ingenuidade do autor em relação à política de recursos humanos voltada para a profissionalização sem explorar a perspectiva do mercado de trabalho da profissão. Em 1987 a assistência privada de saúde já cobria cerca de 15,9% da população brasileira ²⁵. A década de 90 foi marcada pelo crescimento da comercialização de planos de assistência a saúde, assim como por inúmeras denúncias

de abusos das operadoras relacionadas ao aumento de preços, tipos de contratação, falta de assistência prestada, dentre outros.

Este cenário está sendo modificado à medida que a inserção do profissional no setor de planos de saúde cresce de forma bastante acelerada.

Recente pesquisa publicada pelo Ministério da Saúde mostra de forma superficial a dinâmica do crescimento do setor de planos de saúde odontológico e sua repercussão na mudança do perfil profissional do cirurgião-dentista ³¹.

Devido o crescimento do número de operadoras de planos odontológicos, e conseqüentemente de profissionais dentistas credenciados, as entidades de classe odontológica passaram a dar mais atenção a questões referentes ao mercado de saúde suplementar. Atualmente, existe uma comissão específica responsável por prestadoras de assistência odontológica, tendo como atribuições: analisar e emitir pareceres nos processos de registros de entidades prestadoras de assistência odontológica, submetidos à sua apreciação, e o assessoramento à representação do CFO na esfera federal, quando de discussão de temas que envolvam a questão relacionada a planos de saúde, inclusive junto à Agência Nacional de Saúde ³².

Segundo Rochael ³³, a entrada em vigor da Lei nº 9.656 do Ministério da Saúde, que determina que todas as empresas que intermediam o atendimento odontológico registrem-se nos Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) e na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), entidade que fiscaliza e autoriza as mudanças estruturais nos planos de saúde, ofereceu à categoria odontológica um instrumento eficaz para proteger profissionais e usuários, uma vez que os Conselhos de Odontologia ganharam mais poder na defesa da classe e da população contra os abusos cometidos por entidades que prestam serviços de assistência odontológica.

O Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro em nota publicada declarou que a Comissão Estadual de Convênios e Credenciamentos vem se articulando para tentar resolver uma questão que aflige os cirurgiões-dentistas, que é a recusa das operadoras de planos de saúde em aceitar os pedidos de exame feitos pelos cirurgiões-dentistas. Em resposta ao ofício enviado pela Comissão, a ANS solicitou o cumprimento da lei exigindo que fosse respeitado o Rol de procedimentos ³⁴.

Um questionário está sendo realizado com os cirurgiões-dentistas conveniados a operadoras de planos de saúde com o intuito de se traçar um quadro sobre os reais problemas enfrentados pelos profissionais de Odontologia ³⁴. O questionário está disponível *on line*, e foi encaminhado para os profissionais credenciados.

2.7.Exigências Regulatórias da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Paralelamente à articulação das entidades de classe odontológicas com intuito de proteger os interesses da profissão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar vem implantando o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, que consiste na avaliação sistemática de um conjunto de atributos esperados no desempenho de áreas, organizações e serviços relacionados ao setor de saúde suplementar. Os resultados do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar serão utilizados para priorizar ações da ANS que potencializem o trabalho integrado de análise e monitoramento do setor, auxiliando as operadoras avaliadas a implementar estratégias de qualificação das suas ações³⁵.

Com o intuito de melhorar os serviços prestados pelo setor de saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar estabeleceu parâmetros de qualificação dos planos de saúde. A política de qualificação visa motivar o redirecionamento do modelo nacional de prestação de serviços centrado na doença, para um novo modelo centrado na saúde dos beneficiários³⁶.

A Resolução Normativa – RN nº 139, de 24 de novembro de 2006, instituiu o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar no âmbito do sistema de saúde suplementar, como parte integrante da política de qualificação da saúde suplementar da ANS³⁶.

A política de qualificação da saúde suplementar visa construir um mercado de saúde suplementar cujo principal interesse seja a produção da saúde, com a realização de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, embasada na Lei 9656 de 3 de junho de 1998 e nos seguintes princípios³⁶:

I - qualidade;

II - integralidade; e

III - resolutividade.

Os objetivos na implementação da política de qualificação da saúde suplementar são³⁶:

I - incentivar as operadoras a atuar como gestoras de saúde;

II - incentivar os prestadores a atuar como produtores do cuidado de saúde;

III - incentivar os beneficiários a serem usuários de serviços de saúde com consciência sanitária; e.

IV - aprimorar sua capacidade regulatória.

A análise da qualidade das operadoras é feita por meio de quatro dimensões³⁵:

- Atenção à Saúde - avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários de planos privados de saúde, buscando a identificação do impacto das ações de saúde em suas condições de vida;
- Econômico-Financeira – identificação da situação econômico-financeira da operadora frente à manutenção dos contratos assumidos em acordo com a legislação vigente;
- Estrutura e Operação – identificação do modus operandi da operadora;
- Satisfação dos Beneficiários - identificação da visão do usuário no cumprimento ao estabelecido no contrato com a operadora.

Esta avaliação possibilitará a ANS o monitoramento do desempenho de cada uma das operadoras que comercializam planos de saúde e do setor como um todo, visando a divulgação e publicação periódica dos resultados para o mercado e sociedade em geral, tornando mais transparente o processo de prestação de serviços, bem como estimulando a melhoria da qualidade e do desempenho na saúde suplementar ³⁵.

A implantação do programa vem ocorrendo de forma gradativa, nas dimensões estabelecidas, iniciando-se em uma primeira fase de monitoramento dos indicadores já existentes nos bancos de dados da ANS, em 2003 e 2004, sendo progressivamente acrescentados outros e novos indicadores em duas fases subseqüentes, que correspondem à 2ª fase, elaborada com os dados referentes a 2005, e à 3ª fase ³⁵.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em pesquisa divulgada no dia 5 de setembro, deu nota a 906 operadoras de planos privados de saúde, incluindo as odontológicas. As operadoras pontuadas atendem 34 milhões e 296 mil usuários, 80% do total de 42 milhões de beneficiários do sistema de saúde suplementar no Brasil. As demais 1108 operadoras receberam Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) zero por não enviarem dados à ANS ou por terem encaminhado informações inconsistentes aos sistemas da Agência ³².

Entre as 574 operadoras de planos de saúde odontológicos, apenas 182 receberam pontuação pela ANS no programa que avaliou atenção à saúde, situação financeira, estrutura e satisfação do beneficiário ³².

Os resultados fazem parte da 2ª fase do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar e foram divulgados durante a 44ª reunião da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS que reúne representantes de todos os integrantes do setor – operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços de saúde e beneficiários ³².

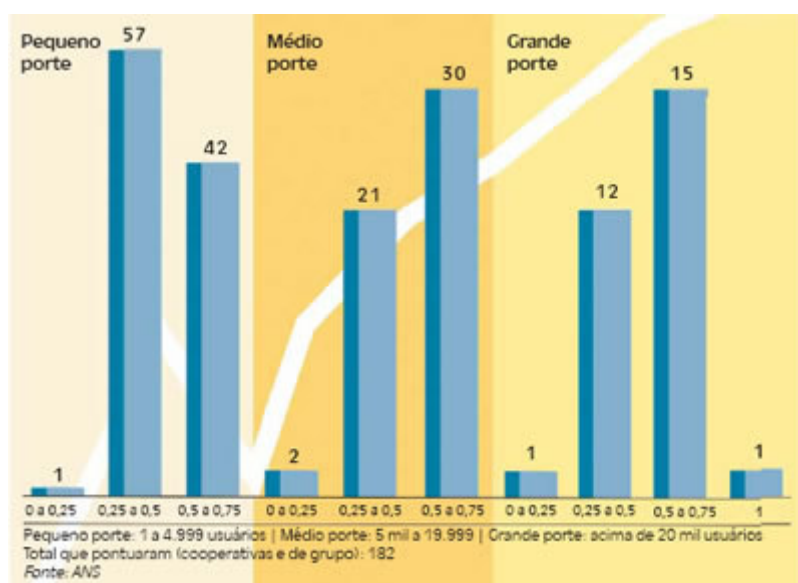
Catalogadas por modalidade e porte, as operadoras receberam pontuação que variou de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, melhor a avaliação. Do total de 2.014 empresas, 26% atingiram um índice superior a 0,5, 19% tiveram desempenho inferior e 55% receberam nota zero ³³ .

A ANS considerou para o cálculo final do IDSS um total de 41 indicadores subdivididos em quatro áreas, nesta ordem: 1º) atenção à saúde (critério de maior peso, 50%); 2º) equilíbrio econômico-financeiro (30%); 3º) estrutura e operação (10%); 4º) grau de satisfação do beneficiário (10%). A próxima fase da pesquisa avaliará as operadoras com base em 58 indicadores ³² .

Entre as 182 empresas exclusivamente odontológicas que pontuaram, 52% apresentaram índice de 0 a 0,5, e 48% ficaram entre 0,5 e 1,0. Somente uma obteve pontuação entre 0,75 e 1,0: a Uniodonto Fortaleza Cooperativa de Trabalho Odontológico. Do total de 574 operadoras de planos odontológicos, 68% receberam nota zero – estas últimas devem entrar em contato com a ANS para atualizar suas bases de dados e, assim, serem incluídas na próxima fase do programa ³² .

Hoje, as 158 cooperativas odontológicas e 416 odontologias de grupo em ação atingem juntas, 92% da população assistida pela saúde suplementar. As operadoras odontológicas têm portes subdivididos em faixas que vão de 1 a 4.999 usuários, de 5 mil a 19.999 e as que têm acima de 20 mil usuários (figura 5) ³² .

Figura 5: Pontuação das operadoras de planos odontológicos por porte – CFO - 2006



Fonte: CFO, 2006 ³²

Segundo o diretor-presidente da ANS, Fausta Pereira dos Santos, o objetivo do Programa é dar ao consumidor um elemento a mais na escolha ou avaliação de seu plano de saúde, que hoje, basicamente, faz sua escolha em função do marketing. Comparado a 2004, ele reconheceu uma pequena melhora na qualidade das informações prestadas à ANS e na saúde financeira do setor ³².

Como é a primeira vez que esses dados são divulgados pela ANS, não é possível comparar o desempenho das operadoras neste ano com o de anos anteriores ³².

2.8. Mercado de Trabalho Odontológico

O mercado de planos odontológicos tem crescido em paralelo ao mercado de planos de saúde, embora os estudos sobre o setor odontológico dêem pouca atenção à presença e desempenho destas empresas no mercado. Por exemplo, publicação recente sobre saúde bucal não faz uma menção sequer à crescente inserção dessas empresas na oferta de serviços odontológicos ³⁷.

A Dinâmica Profissional - O mercado de planos de saúde odontológicos tem crescido não só por uma questão empresarial, mas também é condicionado por uma estratégia dos profissionais da classe odontológica na tentativa de permanecerem inseridos no mercado, mantendo autonomia e acesso ao financiamento direto dos clientes.

A odontologia vem crescentemente procurando no setor privado novos mercados constituídos por consumidores de diferentes segmentos da população. Fato este comprovado pela multiplicação dos convênios e planos odontológicos ³⁸. Os convênios e planos representam hoje 33% do total de formas de contratação dos serviços odontológicos.

Segundo Moysés ³⁹, um número importante dos profissionais pesquisados pelo INBRAPE (2003) que exerce a prática privada também reconhece ser dependente dos convênios/credenciamentos, que poderiam ser percebidos como forma de “assalariamento indireto” exercido no consultório privado, devido à grande dependência desta modalidade de vínculo para gerar “receita”. Entretanto, de acordo com informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a população coberta por planos odontológicos no país, conforme dados recentes, não passa de 1,5%.

Segundo Pierantoni ⁴⁰, existe um perfil heterogêneo da conformação dos profissionais de saúde no país, com concentração desses profissionais em grandes

centros e regiões, contra uma desconcentração permanente em outras, sendo citada como exemplo, a região Norte do país.

Os indicadores da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária sobre a oferta de profissionais de saúde apontam que ao longo do período de 1992 a 2002, houve significativo aumento da disponibilidade dos profissionais de saúde em todas as regiões. No Brasil, o número de profissionais dentistas ativos registrados no Conselho Federal por 1000 habitantes, saltou de 0,57 em 1992 para 0,93 em 2002. A distribuição espacial dos Cirurgiões-Dentistas é bastante parecida com a dos médicos, prevalecendo nas regiões sudeste, sul e centro-oeste ⁴¹.

A oferta de Cirurgiões-Dentistas é ampliada anualmente em ritmo superior ao do aumento da população geral: o índice dentistas/10.000 habitantes passou de 3,28 em 1960 para 3,65 em 1970 e para 5,13 em 1980, já sendo de 5,51 em 1982 ⁴². Em 2005, este índice saltou para 20,37. Nota-se um crescimento significativo do número de cirurgiões-dentistas nas últimas duas décadas.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a relação de 1 dentista para cada 1.500 pessoas como uma relação adequada. No Brasil, a relação encontra-se em torno de 1 cirurgião-dentista para cada 945 pessoas ¹, que é explicado pelo aumento do número de cursos de Odontologia em todo o país.

Em 1983 o número de cursos de Odontologia no Brasil era de 66, graduando cerca de 5.200 novos cirurgiões-dentistas por ano. No campo da prestação de serviços, vigorava uma prática eminentemente curativa, com forte predominância do setor privado liberal e uma tímida intervenção do setor público e de planos privados de assistência odontológica. Nessa época, 75% das horas/dentista disponíveis estavam alocadas a atividades liberais ⁴².

O Brasil saltou de 90 cursos de Odontologia ofertados em 1996 para 165 cursos em 2003. Neste período, enquanto a população brasileira cresceu a uma proporção aproximada de 1,8% ao ano, o crescimento do número de cirurgiões-dentistas foi de 2,5% ao ano ³⁹.

Em 2005, existiam 173 faculdades de Odontologia no País (27 federais, 18 estaduais, 7 municipais e 121 privadas) e um total de 203.713 dentistas - 11 mil formados a cada ano, embora as barreiras de acesso aos serviços profissionais permaneçam as mesmas ⁴³.

Com o aumento a cada ano do número de profissionais dentistas formados, e com a grande concorrência e a escassez de pacientes com renda capaz de realizar um tratamento odontológico em consultório particular, houve uma adequação da classe

odontológica ao mercado, de forma a se organizarem como cooperativas ou a entrarem no mercado de planos de saúde como prestadores de serviço, sendo portanto submetidos aos valores impostos pelas empresas.

Assim, tem-se hoje, uma alta concorrência entre profissionais dentistas, que associada à baixa renda da população e que na tentativa de aumentar o número de pacientes e manterem-se no mercado, procuram a solução no credenciamento a operadoras de planos odontológicos. Neste caso, o dentista pode ser remunerado via procedimento, via salário fixo por um período de trabalho ou via pacotes de procedimentos. Mesmo os valores da maioria destas remunerações sendo inferiores daqueles praticados nos consultórios meramente particulares, elas asseguram um bom fluxo de pacientes.

Existem algumas opções para o profissional que decide ofertar seus serviços por meio de uma operadora de planos odontológicos. Ele pode optar entre a Ontologia de grupo, cooperativa odontológica, autogestão, administradora de serviços, operadora de plano médico que também oferte o produto odontológico, bem como uma seguradora. Além de poder fazer a opção de tornar-se parte da rede própria de uma operadora. Cabe ressaltar que existem critérios rígidos para o credenciamento ou a cooperação de um cirurgião dentista a um plano de saúde ⁴⁴.

De acordo com dados do Conselho Federal de Odontologia ³², o total de profissionais dentistas inscritos no conselho é de 203.713. Em pesquisa amostral realizada por este conselho em 2003 ⁴³, mostrou que 89,6% dos profissionais atuam de forma liberal ou autônoma, onde, dentre estes, 47,6% trabalham com convênios e credenciamentos, sendo que 14,7% participam de algum tipo de cooperativa odontológica, estando 65,6% credenciados à Uniodonto. Além disso, os dados demonstraram que dos profissionais conveniados ou credenciados, 57,9% referem 20% de seu percentual financeiro originado por esta fonte de prestação de serviço, e 1,4% destes, apontam que 80% de suas rendas dependem dos planos odontológicos ⁴³.

Observa-se, em resumo, que grande parte dos profissionais dentistas está credenciada a algum tipo de plano de saúde odontológico, ressaltando-se que dentre as cooperativas odontológicas, a Uniodonto é a que apresenta maior número de profissionais credenciados.

As empresas odontológicas nas modalidades de cooperativa e de Odontologia de grupo são de grande relevância no mercado de planos de saúde porque concentram a

oferta do mercado de seguro em odontologia: estas modalidades somadas detêm 89,04% do número de beneficiários ¹⁶.

Por esta razão que estas duas modalidades foram escolhidas como objeto de estudo deste trabalho, já que as empresas de odontologia de grupo e cooperativa odontológica possuem a maior participação no mercado brasileiro de planos de saúde odontológicos.

O número de Convênios e de Operadoras de Planos Odontológicos em todo o Brasil cresce rapidamente. Conseqüentemente, o atendimento odontológico também alcança um volume cada vez mais expressivo.

As modalidades: Odontologia de grupo e Cooperativa Odontológica consolidaram-se ao longo da década de 1990. Alguns fatores foram responsáveis pela expansão das empresas de planos de assistência à saúde e explicam a consolidação dessas organizações: a busca de rendas adicionais pela profissão odontológica associada ao baixo poder aquisitivo da população em custear tais serviços; competição dentro do setor produtivo, principalmente entre as empresas mais modernas; aumento dos custos dos serviços odontológicos, sobretudo os de maior densidade tecnológica; e a insatisfação da população com a oferta do SUS ¹.

Silva ⁴⁵ afirma que as cooperativas odontológicas diferenciam-se das empresas de odontologia de grupo e das seguradoras especializadas em saúde na medida em que não se constituem como empresas que são movidas apenas pela lucratividade e sim como entidades cuja propriedade é do conjunto dos trabalhadores cooperados. Dessa forma, a relação capital/trabalho dentro de uma cooperativa tende a ser oposta àquela que ocorre em uma empresa capitalista. Na empresa capitalista o poder é exercido pelos detentores do capital (cada ação um voto), que também se apropriam do excedente gerado; nas cooperativas, ao contrário, o processo decisório é exercido pelos próprios trabalhadores (cada trabalhador um voto), responsáveis pela apropriação do excedente gerado.

Duarte ¹⁰ destaca, reforçando esta tese, que no segmento de saúde suplementar, as cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro.

Segundo Schiavolin Neto ⁴⁶, as Cooperativas Odontológicas surgiram como respostas aos problemas e irregularidades cometidas por determinados Convênios Odontológicos, principalmente no que se refere aos aspectos éticos e legais da relação entre as Operadoras e os profissionais credenciados.

O autor descreve que as Cooperativas Odontológicas diferenciam-se em diversos aspectos dos Convênios. O principal diz respeito à participação de cada cooperado, por meio do voto, nas iniciativas da entidade. Nela, o cirurgião-dentista tem a possibilidade de trabalhar para uma empresa da qual ele mesmo é cooperado, sócio, podendo tomar decisões em assembleias, diferentemente do que ocorre nos Convênios, onde o profissional é um credenciado prestador de serviços. Soma-se a isso que as Cooperativas não visam lucro, pois apenas deduzem as despesas administrativas e repassam aos profissionais cooperados um valor maior pelos serviços prestados em comparação aos Convênios ⁴⁶.

Há que se destacar que a opção pelas Cooperativas também requer determinados esclarecimentos importantes. De acordo com Schiavolin Neto ⁴⁶, o primeiro refere-se ao objetivo do Cooperativismo como instituinte de uma nova cultura do trabalho e principalmente de relações sociais de produção, calcadas na cooperação e solidariedade. O segundo faz-se notar em função de estudos que indicam a proliferação de falsas cooperativas, que se caracterizam como empregos terceirizados, onde trabalhadores autônomos registram-se como cooperativados no sentido de garantirem sua relação de emprego com as empresas ou mesmo com o Estado. O terceiro refere-se às experiências históricas de cooperativismo que se evidenciaram frágeis quando estas se propuseram apenas a se constituírem como mais uma alternativa de emprego. O quarto esclarecimento volta-se para a sustentabilidade das Cooperativas, uma vez que as mesmas devem estar vinculadas e assentadas nos valores da cooperação, autogestão, solidariedade e democracia concreta.

Entre as cooperativas odontológicas destacam-se as Uniodontos que respondem pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos privados de assistência à saúde odontológica no Brasil. O sistema Uniodonto é formado por uma rede de empresas individuais que abrange todo o país.

As Uniodontos surgiram no Brasil, em 1972, em Santos (SP). Em março de 1993, o Sistema Uniodonto passou a se chamar Uniodonto do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Odontológicas. Atualmente, a Uniodonto do Brasil conta com cerca de 170 Uniodontos singulares, que se organizam em 09 Federações, sendo estas as Federações do Rio Grande do Sul, Paranaense, Paulista, da Região Norte, da Região Nordeste, do Rio de Janeiro e Espírito Santo, de Santa Catarina, de Minas Gerais e de Goiás e Tocantins. O Sistema Uniodonto possui atualmente cerca de 20 mil cirurgiões-dentistas credenciados em todo o Brasil ⁴⁷.

Cada Uniodonto singular é uma cooperativa independente. Existe um sistema de repasse entre as cooperativas singulares que permite que um beneficiário possa ser atendido fora da cidade na qual adquiriu o plano odontológico. Cada cooperativa possui uma tabela própria para a remuneração de seus cooperados e o sistema Uniodonto como um todo conta com uma tabela única de repasse para remunerar esses casos ⁴⁴ (BRASIL, 2002d).

Diferentemente das cooperativas odontológicas, as empresas de Odontologia de grupo podem fazer parte de grupo que opera plano médico-hospitalar ou pertencerem a um grupo empresarial específico para o setor odontológico, embora façam aliança comercial com operadoras de planos médico-hospitalares para expandirem posição no mercado ⁴⁴.

A odontologia de Grupo opera predominantemente em pré-pagamento, ou seja, as empresas recebem mensalidades regularmente, em valores fixos preestabelecidos, independente do valor dos tratamentos que o beneficiário venha a realizar. Quanto à comercialização, as operadoras trabalham tanto com corretores próprios, quanto com corretores terceirizados ⁴⁴.

As maiores empresas (Amil, Golden Cross) possuem abrangência nacional, com uma ampla rede de hospitais e laboratórios próprios e credenciados, e oferecem desde os tradicionais planos coletivos empresariais até planos individuais e familiares, e ainda os planos da modalidade de livre escolha do prestador de serviço com reembolso das despesas até um determinado limite, assemelhando-se, neste caso, ao funcionamento das seguradoras especializadas em saúde. Por outro lado, a maioria das empresas de odontologia de grupo é extremamente pequena, com abrangência local ou no máximo regional, com apenas um hospital próprio, normalmente atendendo às demandas individualizadas dos segmentos de menor poder aquisitivo em áreas carentes ou em municípios de pequeno porte ⁴⁵.

A sua entidade representativa é o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (SINOG), criado em 1996 com o objetivo de atuar como agente de crescimento e aprimoramento das empresas de assistência odontológica, colaborar no desenvolvimento técnico-científico da categoria, definir padrões mínimos de qualidade e de gestão, divulgar e ampliar o conceito de Odontologia de Grupo como agente facilitador do acesso à assistência de saúde bucal da população e promover a integração das empresas junto à classe odontológica ⁴⁸.

As odontologias de Grupo operam predominantemente em pré-pagamento. Ou seja, recebem mensalidades regularmente, em valores fixos preestabelecidos,

independente do valor dos tratamentos que o beneficiário venha a realizar. Quanto à comercialização, as operadoras trabalham tanto com corretores próprios, quanto com corretores terceirizados⁴⁴.

Observa-se uma alta concorrência no mercado de serviços profissionais de dentistas em algumas regiões do país. Os profissionais procuram a solução no credenciamento a operadoras de planos odontológicos, como uma estratégia individual pela relação de trabalho assalariada (no caso de operadoras com estrutura empresarial) ou corporativa por meio da vinculação a uma cooperativa. O dentista pode ser remunerado via procedimento, via salário fixo por um período de trabalho ou via pacotes de procedimentos.

Para o mercado de planos de saúde, pode-se afirmar que a regulação afeta a economia de escala e escopo das empresas operadoras pelo efeito seletivo das fortes barreiras institucionais à permanência, entrada e saída, bem como restringe a sobrevivência das empresas débeis quando aumenta as demandas sobre a qualidade da firma e limita a diferenciação de produto e aumenta os custos de transação pelo crescimento de despesas operacionais para manter a posição no mercado.

Nesse contexto, baixas restrições institucionais limitaram o desenvolvimento das vertentes do cooperativismo ou do empresarialismo, predominando uma lógica de livre entrada no mercado para as soluções organizacionais.

Em resumo, o aumento do número de profissionais dentistas, a maior concorrência por pacientes e a queda no desembolso direto, produzindo escassez de pacientes no consultório particular, geram respostas estratégicas dos profissionais no formato de empresas cooperativas ou na criação das sociedades civis de natureza empresarial.

Estas respostas organizacionais aos processos estruturais justificam o estudo das empresas de odontologia de grupo e das cooperativas odontológicas. A hipótese central desse estudo é que estas modalidades empresariais representam duas estratégias organizacionais distintas para o setor. O formato organizacional afetará o desempenho dessas empresas e sua posição futura no mercado.

3.METODOLOGIA

3.1.Marco teórico

Para analisar o formato organizacional e desempenho diferencial destas duas modalidades de planos de saúde odontológicos, este artigo assume como referência teórica os modelos organizacionais propostos por Di Maggio e Powell ⁴⁹.

Segundo Di Maggio e Powell ⁴⁹, as pressões exercidas pelo mercado sobre as organizações propiciam mudanças institucionais, que podem ocorrer por três mecanismos conceituados por eles como **processo mimético, isomorfismo normativo e isomorfismo coercitivo**.

Quando as tecnologias organizacionais são pobremente entendidas, ou quando os objetivos são ambiciosos, e o ambiente cria incertezas simbólicas, as organizações devem ser modeladas em outras. É este processo que o autor denomina **mimético**. As vantagens do comportamento mimético na economia das ações humanas são consideráveis. Quando uma organização está diante de um problema de causas ambíguas ou soluções incertas, uma procura problematizada pode ser uma solução viável com pouco gasto.

A modelagem é uma resposta à incerteza. As organizações que são modeladas muitas vezes desconhecem a ocorrência do modelamento ou podem desejar não serem copiadas. Os modelos podem se difundir sem intenção, indiretamente através de funcionários transferidos ou dispensados ou por organizações como por exemplo empresas de consultoria.

Enquanto algumas empresas simplesmente inovam, há outras que no processo de imitar inesperadamente desenvolvem uma forma nova e diferente. Outras se contentam unicamente em copiar, e o processo inovação-imitação continua.

A pressão exercida em uma organização em modificar seu modelo não está apenas relacionada aos seus empregados e clientes, mas principalmente pelos programas e serviços oferecidos por outras organizações.

A homogeneidade na estrutura das organizações deriva do fato de que apesar da busca por diversidade existe uma variação relativamente pequena para ser selecionada. Novas organizações são moldadas a partir de antigas através da economia. As mudanças estruturais são fáceis de serem observadas, ao contrário das mudanças políticas que são

menos notadas. Com o aconselhamento de uma firma de consultoria, a empresa pode promover uma reorganização de sua estrutura tornando-a mais eficiente.

As organizações tendem a moldarem-se a empresas similares em seu ramo com o objetivo de tornarem-se mais legítimas e suscetíveis. A ubiqüidade de alguns tipos de arranjos estruturais pode ser mais precisamente creditada à universalidade do processo mimético do que qualquer evidência concreta do que a eficiência aprimorada dos modelos adotados.

Já o **isomorfismo normativo** tem origem na profissionalização. Os autores descrevem a profissionalização como o esforço coletivo de membros de uma ocupação em definir as condições e métodos de seus trabalhos, para controlar “a produção dos produtores” e para estabelecer uma base cognitiva e legitimação para sua autonomia ocupacional.

Os profissionais lidam com clientes, chefes e reguladores não-profissionais. Recentemente, o maior crescimento entre as profissões é de organizações profissionais, especialmente administradores e especialistas de grandes organizações. O aumento da profissionalização dos empregados cujo futuro está relacionado com a fortuna da organização que o emprega, tornou obsoleta a dicotomia entre o compromisso organizacional e fidelidade profissional, o que caracterizava os profissionais tradicionalmente nas organizações passadas. Assim como as organizações, as profissões também sofrem pressões coercivas e miméticas. Além disso, enquanto diversos tipos de profissionais dentro de uma organização diferem um dos outros, eles apresentam muita similaridade com os profissionais de mesma função de outras organizações. Além disso, em muitos casos, o poder profissional é mais determinado pelo estado do que criado pelas atividades das profissões.

Dois aspectos da profissionalização são importantes tipos do isomorfismo. Um deles está relacionado à relevância da educação formal e à legitimação de universidades que formam especialistas. O segundo está relacionado ao crescimento e elaboração de redes profissionais que abrangem as organizações e através das quais novos modelos são difundidos rapidamente. As universidades e os institutos de treinamento profissionais são importantes centros para o desenvolvimento de normas organizacionais entre os gerentes e seus subordinados. Um outro veículo para a definição e a promulgação de regras normativas sobre comportamentos organizacional e profissional está relacionado às associações profissionais e comerciais. Estes mecanismos criam um pool de indivíduos permutáveis, que ocupam posições similares através de um número de organizações e possuem uma similaridade de orientações e disposições que podem

anular variações em tradição e controle, podendo por outro lado moldar o comportamento organizacional.

O **isomorfismo coercivo** resulta tanto de uma pressão formal como informal exercida em uma organização por outras, por serem dependentes ou por expectativas culturais da sociedade onde as organizações funcionam. Estas pressões podem ser percebidas por força, como persuasão, ou como convites de coalizão. Em algumas circunstâncias, a mudança organizacional é uma resposta direta de um mandato governamental.

A existência de um ambiente legal afeta em muitos aspectos o comportamento e a estrutura das organizações. Um contrato legal causa um grande impacto em um sistema complexo e racionalizado, requerendo um controle organizacional para que seja operacionalizado. Requerimentos legais e técnicos de Estado, como relatórios anuais, relatórios financeiros, que mostram a elegibilidade dos contratos ou fundos da receita federal também moldam as organizações.

As organizações lidam com a falta de gerenciamento interdependente, tentando usar o poder do largo sistema social e o governo para eliminar as dificuldades ou prover suas necessidades. Ambientes politicamente construídos possuem 2 características: os construtores de decisões políticas freqüentemente não experimentam diretamente as conseqüências de seus atos; e decisões políticas são aplicadas para todas as organizações de classes indistintamente, tornando estas decisões menos adaptativas e menos flexivas.

Assim como Estados racionalizados e outras grandes organizações racionais expandem seus domínios para além das arenas sociais, estruturas organizacionais cada vez mais devem cumprir regras institucionalizadas e legitimadas com o Estado. Como resultado, as organizações tornam-se mais homogêneas dentro de seus domínios e mais organizadas ao redor de regras de conformidade com outras instituições. Por outro lado, as organizações estão cada vez menos estruturadas pela restrição de atividades técnicas e menos unidas pelo controle do produto.

A padronização de processos operacionais, regras e estruturas também ocorrem fora da arena governamental, como nas corporações conglomeradas. Estas corporações crescem em tamanho e escopo, porém, padrões de desempenho não são necessariamente impostos às empresas subsidiárias, apesar de serem freqüentemente submetidas a relatórios padronizados. As empresas subsidiárias são forçadas a apresentarem prestações de contas, evolução do desempenho e gráfico de orçamento, que devem ser compatíveis com a política de corporação da corporação matriz. Uma variedade de

serviços de infraestrutura, normalmente firmas monopolistas como telecomunicações, exercem pressões sobre as organizações que as utilizam. Desta maneira, a expansão do Estado central, e a centralização do capital, dão suporte à homogeneização dos modelos organizacionais através de um relacionamento de autoridade direta.

No geral, a necessidade de caracterizar a autoridade e responsabilidade gerencial, pelo menos cerimonialmente em um papel formalmente definido ao invés de interagir com organizações hierárquicas é um obstáculo constante para a manutenção de formas organizacionais igualitárias ou coletivistas.

Desta forma, o **modelo mimético** proposto pelos autores é referido às situações de incerteza que levam os agentes a adotarem mecanismos organizacionais disponíveis no ambiente social. Nesse modelo, as organizações são modeladas em outras soluções já experimentadas com sucesso. Na experiência brasileira, quando houve a percepção sobre as mudanças estruturais do mercado de serviços odontológicos, uma das saídas adotadas foi a solução empresarial já provada no mercado de planos de saúde. Esse é o caso da difusão no Brasil do modelo de empresas de odontologia de grupo que tiveram como antecessoras e inspiradoras as empresas de medicina de grupo.

O **isomorfismo normativo** tem origem na profissionalização. Os autores descrevem a profissionalização como o esforço coletivo de membros de uma ocupação em definir as condições e métodos de seus trabalhos, para controlar “a produção dos produtores” e para estabelecer uma base cognitiva e legitimação para sua autonomia ocupacional.

Recentemente, o maior crescimento na profissão odontológica é de organizações profissionais, formando redes e criando um “pool” de indivíduos que ocupam posições similares podendo moldar o comportamento organizacional. Este modelo influencia fortemente a criação das cooperativas odontológicas no mercado de planos de saúde.

O **isomorfismo coercivo** é fortemente baseado na pressão formal e informal exercida em uma organização pela regulação de governo. Estas pressões podem ser percebidas por força ou como convites à cooperação com a regulação dos governos. Em algumas circunstâncias, a mudança organizacional é uma resposta direta de um mandato governamental. O regime de regulação, gerado pela criação da ANS em 2000, tem imposto um novo padrão institucional para a entrada, permanência e saída das empresas no mercado de planos de saúde no Brasil.

O Quadro 1 ilustra a aplicação do modelo de Powell & DiMaggio ⁴⁹ às empresas de planos de saúde odontológicos.

Quadro 1 – Mecanismo Institucional e Formato Organizacional

<i>Tipologia</i>	<i>Mecanismos</i>	<i>Formato Organizacional</i>
Processos Miméticos	Empresas criadas sob ambiente de baixa regulação que imitam condutas da concorrência ou de outros setores	Odontologia de Grupo
Pressões Normativas	Empresas criadas sob pressão das profissões	Cooperativas Odontológicas
Isomorfismo Coercitivo	Predomínio de Governança Corporativa Resultante da Ação Pública (Regulação)	Modelo de Empresa Pós-Regulação

3.2.Desenho Operacional

Este trabalho desenvolve um estudo transversal e descritivo do arranjo organizacional e a análise quantitativa dos desempenhos operacionais e financeiros das operadoras de planos de saúde odontológicos (cooperativa odontológica e odontologias de grupo). Para a análise exploratória, foram utilizados os dados do cadastro nacional de operadoras disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

3.2.1. Cadastro Nacional das Operadoras

O Cadastro de Operadoras disponibilizados pela ANS constitui um banco de dados de informações da saúde suplementar, que discrimina as demonstrações contábeis das operadoras em pequeno (até 4.999 beneficiários), médio (de 5.000 a 19.999 beneficiários) e grande porte (acima de 20.000 beneficiários). A partir deste cadastro, têm-se os dados econômicos financeiros das operadoras de planos de saúde.

O estudo transversal é o estudo onde uma ou mais variáveis são coletadas em um mesmo período, como por exemplo, o censo populacional conduzido a cada 10 anos⁵⁰.

A avaliação constituiu de todas as operadoras das categorias Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo inseridas no banco de dados da ANS, sendo estas, empresas com planos exclusivamente odontológicos.

As variáveis dependentes extraídas do cadastro contábil da ANS foram: receita total 2002, receita total 2004, despesas 2004, despesas de comercialização 2004, despesas administrativas 2004, receita financeira líquida 2004, patrimônio líquido 2004 e resultado líquido 2004.

A utilização destas variáveis proporcionou a análise do padrão econômico financeiro das empresas, bem como a comparação dos desempenhos operacionais das duas modalidades de operadoras estudadas.

3.2.2.Avaliação da Eficiência Financeira

3.2.2.1.Rentabilidade

Rodrigues ⁵¹ define rentabilidade como o ganho que a empresa obtém do seu esforço produtivo, essencial para que ela possa remunerar os fatores de produção e continuar seu ciclo de operações. Colocando nestes termos, podemos dizer que o sucesso ou o insucesso da empresa está associado a sua rentabilidade.

A rentabilidade representa o quanto a empresa obteve de lucro para cada R\$1,00 de capital próprio investido, e é calculada a partir da razão entre o resultado líquido e o patrimônio líquido médio.

Esse indicador representa a taxa de rentabilidade do capital investido pelos sócios da operadora e a interpretação do indicador é do tipo quanto maior, melhor ⁵².

$$\text{Método de cálculo: } I_{\text{rentab.}} = \frac{\text{resultado líquido}}{\text{patrimônio líquido}} \times 100$$

3.2.2.2.Índice de Despesa Assistencial

Refere-se ao quanto a operadora incorreu em despesas assistenciais expressas na forma de eventos indesejáveis em relação ao faturamento da operadora. Este faturamento é relativo ao total de receita ganha em função da contratação dos serviços de assistência à saúde por parte dos beneficiários. É o principal índice de custo da operadora ⁵².

Em termos financeiros, quanto menor esse indicador, melhor é a situação financeira da operadora.

Método de cálculo: $I = \frac{\text{despesa assistencial}}{\text{receita}} \times 100$

Foram também utilizadas, como variáveis dependentes, o porte, considerando o número de beneficiários, e a localização geográfica. A hipótese central do estudo é que estas variáveis apresentam comportamentos idênticos, independente do modelo organizacional da modalidade de plano odontológico ser do tipo empresarial ou cooperativo. A tipologia proposta por DiMaggio e Powell ⁴⁹ será tomada, portanto, como a variável independente.

3.3. Análise dos Dados

Os dados obtidos a partir do banco foram tabulados em planilhas Excel e explicados estatisticamente por meio de descrição e testes analíticos com o auxílio de programas estatísticos.

4.ARTIGO

Estratégia Profissional e Mimetismo Empresarial: Os Planos de Saúde Odontológicos no Brasil

Professional strategies and mimetic process: The dentistry health insurance in Brazil

Resumo

Este artigo analisa o modelo organizacional das empresas de planos de saúde odontológicos das modalidades de cooperativas de profissionais e a odontologia de grupo para compreender a dinâmica da oferta de serviços odontológicos no país. Adotou-se como referência a formulação institucionalista de Di Maggio e Powell (1991). O mercado de planos de saúde odontológico é pulverizado, com o predomínio de empresas de pequeno porte e apresenta um grande dinamismo, que favorece as empresas de pequeno, médio e alto porte. As modalidades analisadas concentram a maior proporção de beneficiários e receitas. A análise geral do desempenho do setor revela impressionante dinamismo na captação de clientes, mesmo após a criação da ANS. O regime de regulação tem imposto um novo padrão institucional para a entrada, permanência e saída das empresas no mercado, que não afeta o desempenho setorial. Os dados analisados evidenciam que o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável, apresentando uma grande capacidade na geração de receitas que explica o crescimento e a permanência destas modalidades no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade empresarial do Brasil.

Palavras chave: planos privados de saúde; serviços odontológicos; profissionalismo; regime regulatório; acesso.

Abstract

This article analyzes the organizational model of the dental health insurance industry. The main organizational leaders in the industry are the dental cooperatives and dental groups companies. The theoretical base of the article is the organizational theory developed by Di Maggio e Powell. The dental health insurance industry is fragmented and dynamic with high incidence of small firms. But, an expressive proportion of receipts and clients are concentrated in few large companies. The results show that the industry has expanded the number of clients after the creation of the National Health Insurance Agency. The regulation has forced institutional changes in the firms related to the rules to entry, stay or exit. The article did not find any evidence that the regulatory rules have affected the development and financial conditions of the industry. There are strong evidences that the sector of dental health insurance is highly rentable. The average of profitability is extremely high, especially among the group companies.

Key-Words: private health insurance; dentistry service; professionalism; regulatory regime; access.

Introdução

O objetivo deste artigo é descrever o modelo organizacional e analisar comparativamente as empresas de planos de saúde odontológicos das modalidades de cooperativas de profissionais e a odontologia de grupo.

O mercado de planos privados de assistência à saúde tem sido bastante discutido nos últimos anos no Brasil. Apesar da criação de um sistema de saúde com acesso universal, tem ocorrido o crescimento do número de indivíduos com planos privados de saúde. O acesso a esses planos tem sido desigual entre as regiões metropolitanas brasileiras. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, concentravam 65% de todos os beneficiários do país ¹. A PNAD estimou para 1998 que 38,7 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos privados de assistência à saúde, sendo a distribuição geográfica dessa população extremamente concentrada na zona urbana (95%) ².

Cinco anos depois, em 2003, a PNAD estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do País. Destes, 34,2 milhões de pessoas (79,2%) estavam vinculados a planos de saúde privado, individual ou coletivo. O restante, 9 milhões de pessoas (20,8%), estava coberto por planos de instituição de assistência ao servidor público (municipal, estadual ou militar). Outro dado relevante é que o acesso ao mercado de planos de saúde está condicionado à renda das famílias ³.

O mercado de planos odontológicos tem crescido em paralelo ao mercado de planos de saúde, embora os estudos sobre o setor odontológico dêem pouca atenção à presença e desempenho destas empresas no mercado. Por exemplo, publicação recente sobre saúde bucal não faz uma menção sequer à crescente inserção dessas empresas na oferta de serviços odontológicos ⁴.

Algumas variáveis estruturais explicam a dinâmica e o crescimento do mercado de planos de saúde odontológico no Brasil. Dentre elas, destacam-se: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, o sofrível acesso da população aos serviços de saúde bucal, o baixo gasto das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica e o significativo peso dos gastos com planos privados de assistência à saúde.

A baixa sustentabilidade econômica do modelo liberal da profissão, representado por consultórios particulares, tem levado a profissão dos dentistas a criar mecanismos

de permanência no mercado ⁵. A economia das profissões liberais é condicionada pelo monopólio de competência, autonomia financeira e controle da clientela. A crise do modelo liberal vem promovendo alterações profundas no exercício profissional da odontologia. Novas estratégias têm sido criadas na organização da oferta de serviços, buscando-se modelos associativos ou empresariais na tentativa de permanência no mercado.

A Dinâmica Profissional - O mercado de planos de saúde odontológicos tem crescido não só por uma questão empresarial, mas também é condicionado por uma estratégia dos profissionais da classe odontológica na tentativa de permanecerem inseridos no mercado, mantendo autonomia e acesso ao financiamento direto dos clientes.

A oferta de cirurgiões-dentistas é ampliada anualmente em ritmo superior ao do aumento da população geral: o índice dentistas/10.000 habitantes passou de 3,28 em 1960 para 3,65 em 1970 e para 5,13 em 1980, já sendo de 5,51 em 1982 ⁶. Em 2005, este índice saltou para 20,37. Nota-se um crescimento significativo do número de cirurgiões-dentistas nas últimas duas décadas.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a relação de 1 dentista para cada 1.500 pessoas como uma relação adequada. No Brasil, a relação encontra-se em torno de 1 cirurgião-dentista para cada 945 pessoas ⁷, que é explicado pelo aumento do número de cursos de Odontologia em todo o País.

Em 1983 o número de cursos de Odontologia no Brasil era de 66, graduando cerca de 5.200 novos cirurgiões-dentistas por ano. No campo da prestação de serviços, vigorava uma prática eminentemente curativa, com forte predominância do setor privado liberal e uma tímida intervenção do setor público e de planos privados de assistência odontológica. Nessa época, 75% das horas/dentista disponíveis estavam alocadas a atividades liberais ⁶.

O Brasil saltou de 90 cursos de Odontologia ofertados em 1996 para 165 cursos em 2003. Neste período, enquanto a população brasileira cresceu a uma proporção aproximada de 1,8% ao ano, o crescimento do número de cirurgiões-dentistas foi de 2,5% ao ano ⁸.

Em 2005, existiam 173 faculdades de Odontologia no País (27 federais, 18 estaduais, 7 municipais e 121 privadas) e um total de 203.713 dentistas - 11 mil formados a cada ano, embora as barreiras de acesso aos serviços profissionais permaneçam as mesmas ⁹.

As Restrições ao Acesso - O acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual. Barros & Bertoldi ¹⁰ revelaram nível baixo de utilização de serviços odontológicos no Brasil ao investigar os dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/IBGE, 1998). A proporção de 77% da população de até seis anos de idade jamais havia consultado um dentista. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista foi 16 vezes maior no grupo constituído pelos 20% mais pobres da população quando comparados com os 20% mais ricos. Entre a população idosa, a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista foi de 6,3% para o País atingindo 50,7% na região Nordeste ¹¹.

Dados da PNAD (2003) mostram que uma parcela expressiva dos brasileiros (15,9%) declarou nunca ter feito uma consulta ao dentista – equivalente a 27,9 milhões de pessoas. Esta proporção era de 81,8% nos menores de 5 anos e 22,1% no grupo etário de 5 a 19 anos. Entre as pessoas com mais de 64 anos, 6,3% nunca consultaram um dentista ³.

Apesar desses indicadores, os dados do Ministério da Saúde revelam que a saúde bucal no Brasil vem recebendo uma parcela relativamente pequena em relação ao total de recursos repassados aos municípios. Em 2003, 1,63% do investimento em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos. Estes valores não tiveram grandes alterações para o ano de 2005 (1,47%) ¹². Os dados das despesas próprias de Municípios e Estados não são identificáveis ¹³.

Os Gastos Familiares Residuais - De acordo com dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), o gasto das famílias brasileiras com saúde representa o quarto maior grupo de dispêndios correntes, ficando atrás apenas das despesas com habitação, alimentação e transporte ¹⁴. Para 2003, a média percentual de despesas totais das famílias brasileiras em assistência à saúde foi de 5,53%, sendo de 0,54% a proporção das despesas com consultas e tratamento dentário e 1,51% com despesas com planos de saúde ¹⁵. Ao comparar os gastos percentuais médios com consulta e tratamento dentário realizado pela POF de 1996 (1,19%) e 2003 (0,54%), observa-se um declínio nos valores proporcionais ¹⁶. Este fato pode estar associado à crise do modelo liberal da profissão odontológica, já que essa redução indica que nestes cinco anos o desembolso direto para a compra de serviços odontológicos diminuiu ^{15,16}.

Gastos Familiares com Planos de Saúde - Favaret & Oliveira ¹⁷ apresentaram a tese da universalização excludente como um possível efeito colateral da ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde a partir da formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a excluir progressivamente a classe média. A classe média buscou

nos planos privados de assistência à saúde a solução de problemas de saúde. Esse fato foi potencializado pela oferta cada vez maior de planos de saúde para funcionários públicos e empregados do setor privado.

Apesar da maior parte das despesas com saúde ser destinada à compra de medicamentos, o pagamento de mensalidades de planos de saúde também tem peso relevante nas despesas familiares. O gasto com medicamentos e planos/seguro saúde representou respectivamente 40,6% e 28,2% das despesas com assistência à saúde das famílias brasileiras no ano de 2003 ¹⁵.

Em resumo, o aumento do número de profissionais dentistas, a maior concorrência por pacientes e a queda no desembolso direto, produzindo escassez de pacientes no consultório particular, geram respostas estratégicas dos profissionais no formato de empresas cooperativas ou na criação das sociedades civis de natureza empresarial.

Estas respostas organizacionais aos processos estruturais justificam o estudo das empresas de odontologia de grupo e das cooperativas odontológicas. A hipótese central desse estudo é que estas modalidades empresariais representam duas estratégias organizacionais distintas para o setor. O formato organizacional afetará o desempenho dessas empresas e sua posição futura no mercado. Cabe chamar atenção que existem outras modalidades para inserção dos serviços odontológicos no mercado de seguro, que serão assinalados abaixo.

As empresas odontológicas nas modalidades de cooperativa e de Odontologia de grupo são de grande relevância no mercado de planos de saúde porque concentram a oferta do mercado de seguro em odontologia: estas modalidades somadas detêm 89,04% do número de beneficiários ¹⁸.

Observa-se uma alta concorrência no mercado de serviços profissionais de dentistas em algumas regiões do país. Os profissionais procuram a solução no credenciamento a operadoras de planos odontológicos, como uma estratégia individual pela relação de trabalho assalariada (no caso de operadoras com estrutura empresarial) ou corporativa por meio da vinculação a uma cooperativa. O dentista pode ser remunerado via procedimento, via salário fixo por um período de trabalho ou via pacotes de procedimentos.

Existem algumas opções para o profissional que decide ofertar seus serviços por meio de uma operadora de planos odontológicos. Ele pode optar entre a Odontologia de grupo, cooperativa odontológica, autogestão, administradora de serviços, operadora de plano médico que também oferte o produto odontológico, bem como uma seguradora.

Além de poder fazer a opção de tornar-se parte da rede própria de uma operadora. Cabe ressaltar que existem critérios rígidos para o credenciamento ou a cooperação de um cirurgião-dentista a um plano de saúde ¹⁹.

De acordo com dados de pesquisa do Conselho Federal de Odontologia (2003), o total de profissionais dentistas inscritos no conselho era de 203.713. Esta pesquisa mostrou que 47,6% trabalhavam com convênios e credenciamentos. Deste universo, 14,7% participava de algum tipo de cooperativa odontológica. Deste subconjunto, 65,6% estavam credenciados à Uniodonto ⁹.

Observa-se, em resumo, que quase a metade dos profissionais dentistas está credenciada a algum tipo de plano de saúde odontológico, ressaltando-se que dentre as cooperativas odontológicas, a Uniodonto é a que apresenta maior número de profissionais credenciados.

Silva ²⁰ afirma que as cooperativas odontológicas diferenciam-se das empresas de odontologia de grupo e das seguradoras especializadas em saúde na medida em que não se constituem como empresas que são movidas apenas pela lucratividade e sim como entidades cuja propriedade é do conjunto dos trabalhadores cooperados. Dessa forma, a relação capital/trabalho dentro de uma cooperativa tende a ser oposta àquela que ocorre em uma empresa capitalista. Na empresa capitalista o poder é exercido pelos detentores do capital (cada ação um voto), que também se apropriam do excedente gerado; nas cooperativas, ao contrário, o processo decisório é exercido pelos próprios trabalhadores (cada trabalhador um voto), responsáveis pela apropriação do excedente gerado.

Duarte ²¹ destaca, reforçando esta tese, que no segmento de saúde suplementar, “as cooperativas são formalmente definidas como sociedades que se constituem para prestar serviços a seus associados, com vistas ao interesse comum e sem o objetivo de lucro”.

Entre as cooperativas odontológicas destacam-se as Uniodontos que respondem pela quase totalidade das cooperativas que oferecem planos privados de assistência à saúde odontológica no Brasil. O sistema Uniodonto é formado por uma rede de empresas individuais que abrange todo o país.

As Uniodontos surgiram no Brasil, em 1972, em Santos (SP). Em março de 1993, o Sistema Uniodonto passou a se chamar Uniodonto do Brasil - Confederação Nacional das Cooperativas Odontológicas. Atualmente, a Uniodonto do Brasil conta com cerca de 170 Uniodontos singulares, que se organizam em 09 Federações, sendo estas as Federações do Rio Grande do Sul, Paranaense, Paulista, da Região Norte, da

Região Nordeste, do Rio de Janeiro e Espírito Santo, de Santa Catarina, de Minas Gerais e de Goiás e Tocantins. O Sistema Uniodonto possui atualmente cerca de 20 mil cirurgiões-dentistas credenciados em todo o Brasil ²².

Cada Uniodonto singular é uma cooperativa independente. Existe um sistema de repasse entre as cooperativas singulares que permite que um beneficiário possa ser atendido fora da cidade na qual adquiriu o plano odontológico. Cada cooperativa possui uma tabela própria para a remuneração de seus cooperados e o sistema Uniodonto como um todo conta com uma tabela única de repasse para remunerar esses casos ¹⁹.

Diferentemente das cooperativas odontológicas, as empresas de Odontologia de grupo podem fazer parte de grupo que opera plano médico-hospitalar ou pertencerem a um grupo empresarial específico para o setor odontológico, embora façam aliança comercial com operadoras de planos médico-hospitalares para expandirem posição no mercado.

A Odontologia de Grupo opera predominantemente em pré-pagamento, ou seja, as empresas recebem mensalidades regularmente, em valores fixos preestabelecidos, independente do valor dos tratamentos que o beneficiário venha a realizar. Quanto à comercialização, as operadoras trabalham tanto com corretores próprios, quanto com corretores terceirizados ¹⁹.

Essas duas modalidades consolidaram-se ao longo da década de 1990. Alguns fatores foram responsáveis pela expansão das empresas de planos de assistência à saúde e explicam a consolidação dessas organizações: a busca de rendas adicionais pela profissão odontológica associada ao baixo poder aquisitivo da população em custear tais serviços; competição dentro do setor produtivo, principalmente entre as empresas mais modernas; aumento dos custos dos serviços odontológicos, sobretudo os de maior densidade tecnológica; e a insatisfação da população com a oferta do SUS ¹.

Nesse contexto, baixas restrições institucionais limitaram o desenvolvimento das vertentes do cooperativismo ou do empresarialismo, predominando uma lógica de livre entrada no mercado para as soluções organizacionais.

Para analisar o formato organizacional e desempenho diferencial destas duas modalidades de planos de saúde odontológicos, este artigo assume como referência teórica os modelos organizacionais propostos por Di Maggio e Powell ²³.

Segundo Di Maggio e Powell ²³, as pressões institucionais propiciam adaptações organizacionais por meio de três mecanismos denominados **processo mimético, isomorfismo normativo e isomorfismo coercitivo**.

O **modelo mimético** proposto pelos autores é referido às situações de incerteza que levam os agentes a adotarem mecanismos organizacionais disponíveis no ambiente social. Nesse modelo, as organizações são modeladas em outras soluções já experimentadas com sucesso. Na experiência brasileira, quando houve a percepção sobre as mudanças estruturais do mercado de serviços odontológicos, uma das saídas adotadas foi a solução empresarial já provada no mercado de planos de saúde.

Powell & DiMaggio²³ afirmam que “as organizações tendem a se moldarem a empresas similares em seu ramo com o objetivo de tornarem-se mais legítimas e suscetíveis. A ubiquidade de alguns tipos de arranjos estruturais pode ser mais precisamente creditada à universalidade do processo mimético do que qualquer evidência concreta do que a eficiência aprimorada dos modelos adotados”²³. Esse é o caso da difusão no Brasil do modelo de empresas de odontologia de grupo que tiveram como antecessoras e inspiradoras as empresas de medicina de grupo.

O **isomorfismo normativo** tem origem na profissionalização. Os autores descrevem a profissionalização como o esforço coletivo de membros de uma ocupação em definir as condições e métodos de seus trabalhos, para controlar “a produção dos produtores” e para estabelecer uma base cognitiva e legitimação para sua autonomia ocupacional.

Recentemente, o maior crescimento na profissão odontológica é de organizações profissionais, formando redes e criando um “pool” de indivíduos que ocupam posições similares podendo moldar o comportamento organizacional. Este modelo influencia fortemente a criação das cooperativas odontológicas no mercado de planos de saúde.

O **isomorfismo coercivo** é fortemente baseado na pressão formal e informal exercida em uma organização pela regulação de governo. Estas pressões podem ser percebidas por força ou como convites à cooperação com a regulação dos governos. Em algumas circunstâncias, a mudança organizacional é uma resposta direta de um mandato governamental. O regime de regulação, gerado pela criação da ANS em 2000, tem imposto um novo padrão institucional para a entrada, permanência e saída das empresas no mercado de planos de saúde no Brasil.

O novo regime de regulação afeta a economia de escala e escopo das empresas operadoras pelo efeito seletivo das fortes barreiras institucionais à permanência, entrada e saída, bem como restringe a sobrevivência das empresas débeis quando aumenta as demandas sobre a qualidade da firma e limita a diferenciação de produto e aumenta os custos de transação pelo crescimento de despesas operacionais para manter a posição no mercado. O regime de regulação pode provocar importantes restrições ao padrão

organizacional observado nas empresas de orientação empresarial e as cooperativas odontológicas, especialmente em relação à governança corporativa por força da pressão sobre a transparência informacional.

O esquema abaixo ilustra a aplicação do modelo de Powell & DiMaggio²³ às empresas de planos de saúde odontológicos.

QUADRO A – MECANISMO INSTITUCIONAL FORMATO ORGANIZACIONAL

<i>Tipologia</i>	<i>Mecanismos</i>	<i>Formato Organizacional</i>
Processos Miméticos	Empresas criadas sob ambiente de baixa regulação que imitam condutas da concorrência ou de outros setores	Odontologia de Grupo
Pressões Normativas	Empresas criadas sob pressão das profissões	Cooperativas Odontológicas
Isomorfismo Coercitivo	Predomínio de Governança Corporativa Resultante da Ação Pública (Regulação)	Modelo de Empresa Pós-Regulação

A Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS foi criada a partir da Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000, vinculada ao Ministério da Saúde, como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização, em todo o território nacional, das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Dessa forma, as ações relativas à estratégia de regulação do mercado brasileiro de saúde suplementar passaram a ser realizadas pela ANS, de modo a garantir a consecução dos objetivos básicos definidos pela nova legislação de regulamentação do setor:

- Assegurar aos consumidores de planos privados de assistência à saúde cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso;
- Definir e controlar as condições de ingresso, operação e saída das empresas e entidades que operam no setor;
- Definir e implantar mecanismos de garantias assistenciais e financeiras, das operadoras e do sistema, que assegurem a continuidade da prestação de serviços à saúde contratados pelos consumidores;

- Dar transparência e garantir tanto a integração do setor de saúde suplementar ao SUS como que o sistema seja ressarcido quanto aos gastos gerados pelos consumidores de planos privados de assistência à saúde;
- Estabelecer uma política de regulação de preços, definindo mecanismos de controle capazes de coibir possíveis abusos de preço; e
- Definir o sistema de regulamentação, normatização e fiscalização do setor saúde suplementar, buscando o funcionamento equilibrado do sistema e do próprio modelo de regulação e de fiscalização ²⁴.

De acordo com o Artigo 3º da Lei 9.961/00, a finalidade institucional da ANS é “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”. Desta maneira, a ANS foi instituída para unificar todas as funções de regulação do setor de saúde suplementar, tanto em seu aspecto assistencial quanto em sua dimensão econômico-financeira ²⁴.

Um exemplo importante das mudanças introduzidas pela Lei foi a instituição da obrigatoriedade de informações. Isso permite à ANS promover diversas análises e, em especial, acompanhar a evolução dos custos, condição essencial para a autorização de aumento das mensalidades dos planos individuais ²⁴.

Determinadas características - como a modalidade da contratação, a data da assinatura, a cobertura assistencial e a abrangência geográfica submetem os contratos de forma diferenciada à legislação.

Metodologia

Este trabalho desenvolve um estudo transversal e descritivo do arranjo organizacional e a análise quantitativa dos desempenhos operacionais e financeiros das operadoras de planos de saúde odontológicos (cooperativa odontológica e odontologias de grupo). Para a análise exploratória, foram utilizados os dados do cadastro nacional de operadoras disponibilizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

O Cadastro de Operadoras disponibilizados pela ANS constitui um banco de dados de informações da saúde suplementar, que discrimina as demonstrações contábeis das operadoras em pequeno (até 4.999 beneficiários), médio (de 5.000 à 19.999 beneficiários) e grande porte (acima de 20.000 beneficiários). A partir deste cadastro, têm-se os dados econômicos financeiros das operadoras de planos de saúde.

O estudo transversal é o estudo onde uma ou mais variáveis são coletadas em um mesmo período, como por exemplo, o censo populacional conduzido a cada 10 anos ²⁵.

O estudo transversal considerou todas as operadoras das categorias Cooperativa Odontológica e Odontologia de Grupo inseridas no banco de dados da ANS.

As variáveis dependentes extraídas do cadastro contábil da ANS foram: a receita total 2004, despesas 2004, despesas de comercialização 2004, despesas administrativas 2004, receita financeira líquida 2004, patrimônio líquido 2004 e resultado líquido 2004. Para investigar a eficiência financeira das operadoras, foram utilizados indicadores econômicos financeiros, tais como rentabilidade e índice de despesa assistencial. A utilização destes indicadores proporcionou a análise do padrão econômico financeiro das empresas, bem como a comparação dos desempenhos operacionais das duas modalidades de operadoras estudadas.

Rodrigues ²⁶ define rentabilidade como o ganho que a empresa obtém do seu esforço produtivo, essencial para que ela possa remunerar os fatores de produção e continuar seu ciclo de operações. Colocando nestes termos, podemos dizer que o sucesso ou o insucesso da empresa está associado a sua rentabilidade.

A rentabilidade representa o quanto a empresa obteve de lucro para cada R\$1,00 de capital próprio investido, e é calculada a partir da razão entre o resultado líquido e o patrimônio líquido médio.

Esse indicador representa a taxa de rentabilidade do capital investido pelos sócios da operadora e a interpretação do indicador é do tipo quanto maior, melhor ²⁷.

Método de cálculo: $I_{\text{rentab.}} = \frac{\text{resultado líquido}}{\text{patrimônio líquido}} \times 100$

O Índice de despesa assistencial refere-se ao quanto a operadora incorreu em despesas assistenciais expressas na forma de eventos indesejáveis em relação ao faturamento da operadora. Este faturamento é relativo ao total de receita ganha em função da contratação dos serviços de assistência à saúde por parte dos beneficiários. É o principal índice de custo da operadora. (ANS, 2006)

Em termos financeiros, quanto menor esse indicador, melhor é a situação financeira da operadora.

Método de cálculo: $I = \frac{\text{despesa assistencial}}{\text{receita}} \times 100$

Foram também utilizadas, como variáveis dependentes, o porte, considerando o número de beneficiários e a localização geográfica. A hipótese central do estudo é que

estas variáveis apresentam comportamentos idênticos, independente do modelo organizacional da modalidade de plano odontológico ser do tipo empresarial ou cooperativo. A tipologia proposta por DiMaggio e Powell ²³ será tomada, portanto, como a variável independente.

Os dados obtidos a partir do banco foram tabulados em planilhas Excel e explicados estatisticamente por meio de descrição e testes analíticos com o auxílio de programas estatísticos.

Resultados

Após vigência do regime de regulação instituído pela Lei 9.656/98 e pela criação da ANS, o número de beneficiários por operadora de serviços exclusivamente odontológicos, teve um aumento considerável tanto para a Odontologia de Grupo (252%) quanto para as cooperativas odontológicas (205%), retratando um rápido crescimento de mercado (Tabela 1). A oferta de planos odontológicos nas modalidades: seguradora especializada, autogestão e cooperativa médica, tiveram nesse processo um crescimento muito expressivo, embora permaneçam com uma participação residual no mercado. Já a modalidade filantropia apresentou um decréscimo no número de beneficiários no período. É possível considerar, como já mencionado, que a ineficiência de oferta do serviço público e a eficiência do setor de planos de saúde, propiciada pela competição, possam estar explicando este processo ²⁸.

TABELA 1: BENEFICIÁRIOS POR MODALIDADE DA OPERADORA E VIGÊNCIA DO PLANO

Modalidade	Antigos (Anteriores à Lei 9.656/98)		Novos (Posteriores à Lei 9.656/98)		Porcentagem de crescimento
Odontologia de grupo	1.065.257	28,4%	2.687.430	71,6%	252%
Cooperativa Odontológica	486.948	32,8%	998.717	67,2%	205%
Medicina de Grupo	105.555	22,8%	260.911	71,2%	247%
Seguradora Especializada em Saúde	4.173	1,7%	239.252	98,3%	573%
Autogestão	4.508	21,0%	16.973	79,0%	377%
Cooperativa Médica	1.577	18,2%	7.070	81,8%	448%
Filantropia	3.100	69,5%	1.360	30,5%	44%
Total	1.671.118	28,4%	4.211.713	71,6%	252%

Fonte: Cadastro de Operadoras ANS/MS 29/08/2005

Cadastro de Beneficiários ANS/MS 06/2005

O mercado de planos de saúde odontológicos tem apresentado, portanto, um grande dinamismo na geração de receitas nos anos recentes no Brasil. As Cooperativas odontológicas tiveram um crescimento de receita de 150% e a odontologia de grupo de 168,5% entre os anos de 2002 e 2004. Esse dinamismo é resultado de estratégias empresarias dos profissionais dentistas e das mudanças nas condições de financiamento da atenção odontológica.

A análise transversal sobre os dois modelos organizacionais mostrou que o mercado de planos de saúde odontológicos é pulverizado com o predomínio de pequenas empresas (Tabela 2).

TABELA 2: RELAÇÃO ENTRE NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS E OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS

Porte	Cooperativas Odontológicas		Odontologia de Grupo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pequeno	87	66,9%	183	71,2%	270	69,8%
Médio	35	26,9%	47	18,3%	82	21,2%
Grande	8	6,2%	27	10,5%	35	9%
Total	130	100,0%	257	100,0%	387	100,0%

A região Sudeste concentra o maior número de empresas cooperativas (58%) e de odontologia de grupo (59,2%), onde o estado de São Paulo é o mais expressivo (62,5% e 77,8% respectivamente).

O perfil de distribuição do total de beneficiários, receita, despesas e patrimônio líquido não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as duas categorias empresariais estudadas globalmente.

Existe uma forte correlação entre o número de beneficiários e receita de 2004 tanto para as cooperativas ($R=0,62$; $p<0,01$), quanto para a Odontologia de grupo ($R=0,373$; $p<0,01$) (Gráficos A e B). Este padrão é também observado na despesa de 2004 (respectivamente: $R=0,618$; $p<0,01$ / $R=0,373$; $p<0,01$), que mostra associação estatisticamente significativa com o número de beneficiários.

Gráfico A:

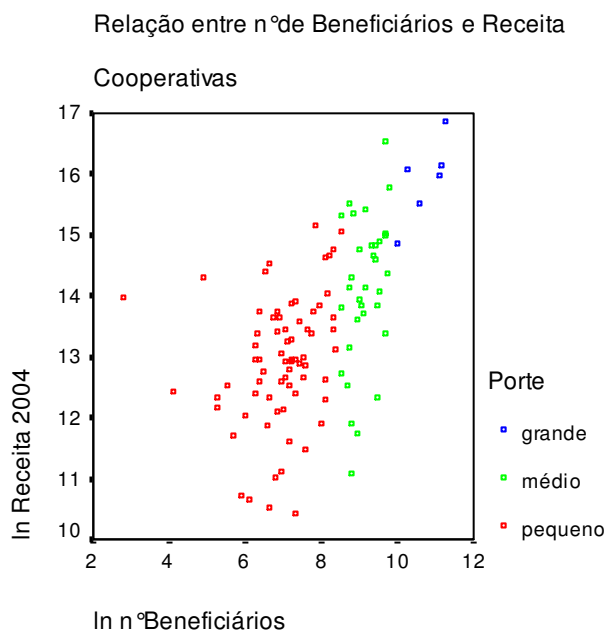
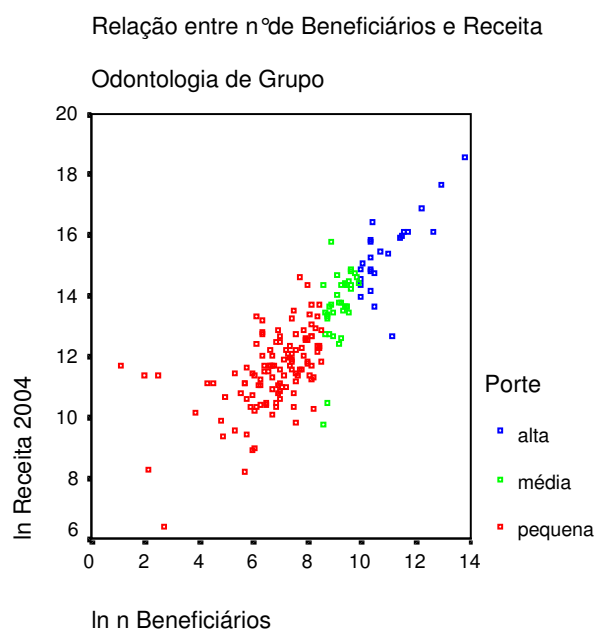


Gráfico B:



Pela Tabela 3 observa-se que a variação marginal para a receita nas cooperativas é de R\$ 190,00 a cada aumento de 1% no número de beneficiários e para a odontologia de grupo este valor é de R\$ 111,00. Em relação às despesas totais, a variação marginal nas cooperativas é de R\$ 195,00 a cada aumento de 1% no número de beneficiários, e na odontologia de grupo é de R\$ 80,00.

Nota-se que a variação marginal das despesas é maior do que o das receitas nas cooperativas em 2004. À medida que aumenta o número de beneficiários e cresce a receita arrecadada pela operadora, a despesa eleva-se em uma proporção maior do que a receita.

TABELA 3: VARIAÇÃO MARGINAL DAS RECEITAS E DESPESAS DAS MODALIDADES

	Odontologia de Grupo	Cooperativas Odontológicas
Receitas	R\$ 111,00	R\$ 190,00
Despesas	R\$ 80,00	R\$ 195,00
Diferença	R\$ 31,00	- R\$ 5,00

Esse comportamento pode ser explicado pela evidência que as duas modalidades apresentam padrões muito diferenciados de desempenho econômico-financeiro. As cooperativas odontológicas possuem despesas assistenciais elevadas. Cerca de 70% das despesas totais das cooperativas são relacionadas às despesas assistenciais. Este padrão por porte é significativamente homogêneo não importando o porte da cooperativa. As odontologias de grupo apresentam despesas assistenciais inferiores às cooperativas. Cerca de 50% em média das despesas totais são destinadas aos gastos assistenciais. A organização empresarial (odontologia de grupo), por ter uma gestão modelada pelo mecanismo de empresa, tende a ter despesas com assistenciais menores. Já a cooperativa, por estar associada à força de coalizão profissional, aparentemente a redistribuição das receitas entre os associados é elevada ou os custos da assistência prestada são elevados em função da maior qualidade ou baixo controle dos custos.

Quando analisadas pelo controle do porte, as empresas estudadas apresentaram diferença no padrão de rentabilidade em relação ao porte. As cooperativas demonstram um aumento da rentabilidade inversamente proporcional ao aumento do número de beneficiários.

As empresas de modalidade odontologia de grupo não apresentam este padrão. As empresas de médio porte são as mais rentáveis. As de pequeno porte são também exuberantes na rentabilidade, entretanto nas maiores empresas é observada menor heterogeneidade na rentabilidade. Elas são também muito eficientes (Tabela 4).

TABELA 4: RENTABILIDADE SEGUNDO OS PADRÕES ORGANIZACIONAIS

Porte	Odontologia de Grupos			Cooperativa Odontológica		
	Mediana	Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Média	Coefficiente de Variação
Pequeno	37,2%	145,8%	310%	26,3%	104,6%	260%
Médio	76,4%	152,0%	200%	15,2%	34,0%	230%
Grande	51,7%	67,3%	90%	29,0%	30,2%	70%

As empresas de pequeno porte, para a modalidade Odontologia de grupo, apesar de possuírem elevada rentabilidade apresentam uma maior proporção de empresas com rentabilidade negativa (23,5%), enquanto que nenhuma operadora de grande porte mostrou rentabilidade negativa (Tabela 5).

TABELA 5: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE RENTABILIDADE NEGATIVA E POSITIVA SEGUNDO OS PADRÕES ORGANIZACIONAIS

Porte	Odontologia de Grupos			Cooperativa Odontológica		
	Negativa (N)	Positiva (P)	N/P	Negativa (N)	Positiva (P)	N/P
Pequeno	28	91	23,5%	21	50	30%
Médio	4	33	11%	7	26	21%
Grande	0	25	0%	0	6	0%

Conclusões

A análise geral do desempenho do setor de planos odontológicos revela impressionante dinamismo na captação de clientes, mesmo após a criação da ANS. Esse dinamismo é resultado de estratégias empresarias e da ação coletiva dos profissionais dentistas motivadas por mudanças nas condições de financiamento da atenção odontológica.

Estes dados evidenciam que o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável, apresentado uma grande capacidade na geração de receitas que pode favorecer o crescimento e a permanência destas empresas no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade deste segmento empresarial do país.

A rentabilidade das cooperativas de pequeno porte é também muito significativa. As cooperativas de médio e grande porte apresentam um padrão médio de rentabilidade ligeiramente inferior, porém ainda assim invejável dentro dos padrões empresariais brasileiros.

Porém, as empresas de modalidade cooperativa de médio e grande porte oferecem uma solução organizacional muito vantajosa para a estratégia corporativa da profissão odontológica porque apresenta um padrão de despesa com assistência muito superior ao observado na odontologia de grupo. É possível que grande parte dessas despesas assistenciais seja destinada à remuneração do profissional vinculado à cooperativa ou possa estar refletindo a qualidade dos serviços oferecidos pela modalidade. Ou ainda, as elevadas despesas assistenciais sejam resultantes da falta de controle sobre os custos operacionais. Os dados não permitem identificar com clareza a natureza dessa destinação de recursos. As empresas de odontologia de grupo apresentam, por outro lado, maior eficiência e uma perspectiva de sustentabilidade empresarial porque suas receitas variam positivamente marginalmente acima das despesas em relação direta com o tamanho da empresa. O contrário é observado nas cooperativas odontológicas.

O modelo de análise de Di Maggio e Powell ²³ baseado nos mecanismos mimético e normativo profissional foi satisfatório para explicar o desempenho diferenciado dos diferentes arranjos organizacionais identificados no mercado de planos de saúde odontológicos. Resta saber o quanto pressões coercitivas originadas pelo regime de regulação afetarão esses arranjos. Principalmente no que tange ao risco de baixa sustentabilidade identificado na relação despesa/receita nas empresas de maior porte no modelo de cooperativa. Este risco é explicado, no estudo com dados transversais, pelo elevado padrão de remuneração destas empresas com atividades assistenciais. Isto pode reforçar a possibilidade de que esta modalidade deverá se adaptar aos novos padrões de governança corporativa definidos pela ANS. Nessa hipótese, teríamos uma clara mudança no padrão organizacional das cooperativas por força de mecanismos coercitivos. Novos dados devem ser analisados para verificar se

essas evidências permanecem válidas para a explicação do comportamento econômico financeiro dessas modalidades organizacionais do mercado de planos de saúde odontológicos.

Colaboradores

C Vieira trabalhou na coleta dos dados, revisão bibliográfica, elaboração e redação final do texto. NR Costa participou da revisão bibliográfica, elaboração e redação final do texto.

Referências

1. Costa NR, Castro AJW. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência à saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Januário Montone, Antônio Joaquim Werneck de Castro (Organizadores). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. v.3, t.1, p.49-64.
2. Montone J. A regulamentação do setor de saúde suplementar. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2000. p.7-37.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado 2005 mai 15]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: IBGE; 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
4. Rev *C S Col* 2006; 11(1): 1-254.
5. Silveira JLGC, Oliveira V. Experiência e expectativas dos cirurgiões-dentistas com os planos de saúde. Rev *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2002; 2(1): 30-36.
6. Pinto VG. Saúde Bucal no Brasil. Rev *Saúde Pública* 1983; 17: 316-27.

7. Mendes HJ. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru – SP [Dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru; 2005.
8. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. *Rev ABENO* 2004; 4(1):30-7.
9. Conselho Federal de Odontologia (CFO) [acessado 2005 jan 10]. Perfil do Cirurgião dentista: CFO, 2003. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>.
10. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Rev C S Col* 2002; 7(4): 709-717.
11. Matos DL *et al.* Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1290-1297.
12. Brasil. Datasus [acessado 2006 jul 24]. Informações Financeiras. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transferencias/regiao.cfm?regiao=9>
13. Brasil. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). [acessado 2006 jul 24]. Datasus: 2006. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>
14. Silveira FG *et al.* Os gastos das famílias com saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(4): 719-731.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acesso 2006 mai 17]. Pesquisa Orçamentária Familiar: IBGE; 2003. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado 2006 mai 17]. Pesquisa Orçamentária Familiar: IBGE; 1996. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>

17. Favaret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Dados Rev Ciências Sociais* 1990;33(2):257-283.
18. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) [acessado 2005 mai 13]. Informações sobre beneficiários, operadoras e planos: ANS; 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>
19. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Regulação e saúde: Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.
20. Silva HP. Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil [dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP; 2003.
21. Duarte C. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: BRAGA, J.C.S.; SILVA, P.L.B. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP; 2001. p.363-393.
22. UNIODONTO [acessado 2005 set 20]. Disponível em: <http://www.uniodonto.com.br>
23. Di Maggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. In: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press; 1991. p. 63-82.
24. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 maio 15]. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000: ANS; 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.
25. Gujarati DN. *Basic Econometric*. New York, 2003
26. Rodrigues, IPF. Tecnologia, organização e rentabilidade: um modelo para investigação empírica. *Rev Administração de Empresas* 1984; 24(4): 63-60.
27. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 mai 08]. IDSS – Qualificação da saúde suplementar: Indicadores Econômico-

Financeiros: ANS; 2006. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>

28. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 jun 10]. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: ANS; 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidencia-se que o setor odontológico vive uma fase paradoxal, na medida em que, de um lado, há excesso de profissionais no mercado, e de outro, um número expressivo da população carente de tratamento odontológico. Esse fato remete à necessidade urgente de se aprimorar as habilidades gerenciais, a fim de possibilitar a melhor reorganização do setor.

A análise geral do desempenho do setor de planos odontológicos revela impressionante dinamismo na captação de clientes, mesmo após a criação da ANS. Esse dinamismo é resultado de estratégias empresarias e da ação coletiva dos profissionais dentistas motivadas por mudanças nas condições de financiamento da atenção odontológica.

Os principais problemas encontrados no processo de funcionamento de certas empresas ligadas aos Convênios devem ser objetos de preocupação dos órgãos representativos da classe odontológica, pois trata-se de um mercado cada vez maior, com tendência a um crescimento rápido. Assim, deve-se considerar que a prática odontológica do profissional autônomo vem sendo afetada pelo crescimento do setor de Assistência Suplementar.

Os dados evidenciam que o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável, apresentado uma grande capacidade na geração de receitas que pode favorecer o crescimento e a permanência destas empresas no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade deste segmento empresarial do país.

As empresas de modalidade cooperativa oferecem uma solução organizacional muito vantajosa para a estratégia corporativa da profissão odontológica porque apresenta um padrão de despesa com assistência muito superior ao observado na odontologia de grupo. Por outro lado, as empresas de Odontologia de grupo apresentam, maior eficiência e uma perspectiva de sustentabilidade empresarial superior à modalidade cooperativa odontológica.

Estes resultados associados ao modelo de análise de Di Maggio e Powell⁴⁹ baseado nos mecanismos mimético e normativo profissional foram satisfatórios para explicar o desempenho diferenciado dos diferentes arranjos organizacionais identificados no mercado de planos de saúde odontológicos. Resta saber o quanto pressões coercitivas originadas pelo regime de regulação afetarão esses arranjos.

Principalmente no que tange ao risco de baixa sustentabilidade identificado na relação despesa/receita nas empresas de maior porte no modelo de cooperativa.

O novo regime de regulação afeta a economia de escala e escopo das empresas operadoras pelo efeito seletivo das fortes barreiras institucionais à permanência, entrada e saída, bem como restringe a sobrevivência das empresas débeis quando aumenta as demandas sobre a qualidade da firma e limita a diferenciação de produto e aumenta os custos de transação pelo crescimento de despesas operacionais para manter a posição no mercado.

O regime de regulação pode provocar importantes restrições ao padrão organizacional observado nas empresas de orientação empresarial e as cooperativas odontológicas, especialmente em relação à governança corporativa por força da pressão sobre a transparência informacional.

O Programa de qualificação da Saúde Suplementar pode ser o primeiro passo para aprimorar o processo de regulação, com o monitoramento do desempenho de cada operadora de planos de saúde e melhora da qualidade institucional, comprometendo-se com a eficiência e efetividade da regulação.

Novos estudos devem ser realizados enfatizando não só os mecanismos corporativos da profissão odontológica, mas também o comportamento econômico financeiro dessas modalidades operacionais – odontologia de grupo e cooperativa médica – no mercado de planos de saúde odontológico.

6.REFERÊNCIAS

1. Mendes HJ. A relação entre cirurgiões-dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru – SP [Dissertação]. Bauru (SP): Faculdade de Odontologia de Bauru; 2005.
2. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 mai 15]. Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998: ANS; 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455
3. Silveira JLGC, Oliveira V. Experiência e expectativas dos cirurgiões-dentistas com os planos de saúde. Rev Pesq Bras Odontoped Clin Integr 2002; 2(1): 30-36.
4. Costa NR, Castro AJW. O regime regulatório e a estrutura do mercado de planos de assistência a saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; Januário Montone, Antônio Joaquim Werneck de Castro (Organizadores). Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. v.3, t.1, p.49-64.
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 mai 15]. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000: ANS; 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>
6. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 abril 24]. Entenda o setor: ANS; 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/entenda_setor/entenda_setor.asp
7. Bahia, L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In: BRAGA, J.C.S.; SILVA, P.L.B. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001.
8. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 mai 15]. Legislação – Resolução da Diretoria Colegiada número 39 de 27 de outubro de

2000: ANS; 2005. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>

9. Gouveia, M.T.C. de S. O modelo de Agência Reguladora e a ANS: construção do regime regulatório na saúde suplementar. [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2004.

10. Duarte C. A assistência médica suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho médico Unimed. In: BRAGA, J.C.S.; SILVA, P.L.B. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP; 2001. p.363-393.

11. Bahia, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & saúde coletiva*, 2001; 6 (2):329-339.

12. Rodrigues, R. de C. M. A odontologia suplementar no Distrito Federal. [Dissertação] Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2002.

13. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2005 mai 15]. Legislação - Resolução da Diretoria Colegiada número 65: ANS; 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao.asp>

14. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2007 jan 30]. Informação em Saúde Suplementar: Caderno de informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. ANS; 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>

15. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 mai 10]. Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. ANS; 2005. Disponível em: www.ans.gov.br.

16. Montone J. A regulamentação do setor de saúde suplementar. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2000. p.7-37.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado 2005 mai 15]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: IBGE; 2003. Disponível em: www.ibge.gov.br
18. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Rev C S Col 2002; 7(4): 709-717.
19. Matos DL et al. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1290-1297.
20. Brasil. Datasus [acessado 2006 jul 24]. Informações Financeiras. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/transferencias/regiao.cfm?regiao=9>
21. Brasil. Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS). [acessado 2006 jul 24]. Datasus: 2006. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/>
22. Silveira FG et al. Os gastos das famílias com saúde. Rev C S Col 2002; 7(4): 719-731.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado 2006 mai 17]. Pesquisa Orçamentária Familiar: IBGE; 2003. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [acessado 2006 mai 17]. Pesquisa Orçamentária Familiar: IBGE; 1996. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br>
25. Favaret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Dados Rev Ciências Sociais 1990;33(2):257-283.
26. Freidson, E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. Rev Bras Ciências Sociais 1996;11(31):141-54.

27. Freidson, E. Renascimento do Profissionalismo: Teoria, Profecia e Política. São Paulo: Edusp, 1994.
28. Ponte, C. F. da. Médicos, psicanalistas e loucos: uma contribuição à história da psicanálise no Brasil. [acessado 2006 mai 17] [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 205p. Disponível em:
http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00008002&lng=pt&nr_m=iso
29. Machado, M.H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.33-39.
30. Pinto, V.G. A Odontologia Brasileira às vésperas do ano 2000: Diagnóstico e Caminhos a Seguir. Brasília; 1993. 192p.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006 p.89-112.
32. Conselho Federal de Odontologia (CFO). Jornal do CFO. [acessado 2006 dez 11] Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/default.asp>.
33. Rochael M. Ação contra os abusos dos planos de assistência odontológica. [acesado 2007 fev 05]. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/jornal/n30/hpvisa.htm>
34. Conselho Regional de Odontologia – RJ (CRO-RJ). Notícia. [acessado 2006 dez 11] disponível em: <http://www.cro-rj.org.br/convenios.asp>
35. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 mai 17]. Programa de Qualificação da Saúde Suplementar (Brasil): ANS; 2005. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>

36. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2007 mai 08]. Legislação - Resolução Normativa número 139: ANS; 2005. Disponível em: http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=933&id_origina=0
37. Rev C S Col 2006; 11(1): 1-254.
38. ZANETTI, CH. Odontologia: habilidades e escolhas. [acessado 2006 set 12]. Brasília: Universidade de Brasília; 1999. Disponível em: <http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oncema/mercado/estrutural/habilidades.htm> .
39. Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em odontologia. Rev ABENO 2004; 4(1):30-7.
40. Pierantoni, CR. As Reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. Rev C S Col 2001;6(2):341-60.
41. Machado, MH, Moysés, NMN, Oliveira, ES. Trabalhadores de saúde em números volume 2. Rio de Janeiro; Fiocruz; 2006. 103p.
42. Pinto VG. Saúde Bucal no Brasil. Rev Saúde Pública 1983; 17: 316-27.45.
43. Conselho Federal de Odontologia (CFO) [acessado 2005 jan 10]. Perfil do Cirurgião dentista: CFO, 2003. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>.
44. Brasil. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 mai 18]. Série Regulação e Saúde: Planos Odontológicos: uma abordagem econômica no contexto regulatório. ANS; 2002. Disponível em: www.ans.gov.br.
45. Silva HP. Regulação econômica do mercado de saúde suplementar no Brasil [dissertação]. Campinas (SP): UNICAMP; 2003.

46.Schiavolin Neto, L. Convênios e cooperativas odontológicas na região metropolitana de São Paulo: uma análise operacional. [Dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2005.

47.UNIODONTO [acessado 2005 set 20]. Disponível em: <http://www.uniodonto.com.br>

48. Assada, R.M. A democratização da assistência Odontológica no Brasil. A Inovação da Odontologia. In: Prêmio Sinog de Odontologia. 2004.

49.Di Maggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organization fields. In: The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago: The University of Chicago Press; 1991. p. 63-82.

50.Gujarati DN. Basic Econometric. New York, 2003

51.Rodrigues, IPF. Tecnologia, organização e rentabilidade: um modelo para investigação empírica. Rev Administração de Empresas 1984; 24(4): 63-60.

52. Brasil. Ministério da saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [acessado 2006 mai 08]. IDSS – Qualificação da saúde suplementar: Indicadores Econômico-Financeiros: ANS; 2006. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoess/informacoess.asp>