

Considerações bioéticas sobre o processo de trabalho do cirurgião dentista na saúde suplementar

Title: Bioethical considerations about the working process of the dentists in the supplementary health care system

RESUMO

Introdução: Conhecer o funcionamento do setor de saúde suplementar na área da odontologia.

Objetivos: Avaliar a percepção do cirurgião-dentista, o grau de satisfação, sua autonomia e a vulnerabilidade em relação a seu processo de trabalho em uma análise bioética, bem como sua relação com operadoras de odontologia suplementar no atendimento aos beneficiários dos planos de saúde em duas modalidades: Autogestão e Odontologia de Grupo.

Material e método: Trata-se de uma pesquisa do tipo inquérito, cujos dados foram coletados por meio de 108 questionários respondidos por cirurgiões-dentistas em Brasília-DF. Os profissionais foram selecionados ao acaso e foram entrevistados entre os meses de setembro de 2009 e maio de 2010.

Resultados: A inserção e consolidação no mercado de trabalho estão insatisfatórias para o cirurgião-dentista (87,1%), bem como o grau de satisfação pelo ressarcimento financeiro da odontologia como prática de trabalho, pois 57,4% dos profissionais responderam que a odontologia como prática de trabalho não atende suas necessidades financeiras. O profissional apresenta vulnerabilidade frente a algumas operadoras que credenciam seus serviços pela injusta remuneração e pela perda da decisão ético-tecnológica.

Conclusões: O profissional ainda tem certa autonomia para decidir o plano de tratamento, mas encontra-se vulnerável diante do mercado da odontologia suplementar. A reflexão dessas questões à luz da bioética permite redimensionar novas discussões na busca de soluções éticas e políticas que espelhem em dignidade ao profissional e benefícios à população coberta pela assistência suplementar.

Palavras-chave: Saúde suplementar, Planos de pré-pagamento em saúde, Odontologia, Bioética.

¹Daniela Abreu de Moraes

²Fabiano Maluf

³Pedro Luiz Tauil

⁴Jorge Alberto Cordón Portillo

¹Faculdade de Odontologia, Centro
Universitário do Distrito Federal – UDF

²Secretaria de Estado de Saúde do Distrito
Federal – SES-DF

³Núcleo de Medicina Tropical,
Universidade de Brasília- UnB

⁴Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília- UnB

Correspondência

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to analyze the function of the supplementary oral health care system.

Aim: The aim of this study was to evaluate the dentist's perception, job satisfaction, work autonomy and vulnerability about working in the supplemental health system, in the light of bioethical considerations. In addition the study analyzed the relationship between dentists, supplemental dental providers and dental care plans beneficiaries in two modes: self-management and dental group.

Material and method: This is a survey research and the data were collected through questionnaires answered by 108 dentists in Brasilia-DF, Brazil. The professionals were selected randomly and were interviewed between the months of September 2009 and May 2010.

Results: The results showed the labor market integration and consolidation are unsatisfactory for the dental surgeon (87.1%), as well as the degree of satisfaction with the financial compensation of dentistry and practical work, as 57.4% of professionals said that dentistry does not meet your financial needs. Professional showed vulnerability to some operators by unfair compensation and the loss of ethical and technological decision.

Conclusions: Research shows that professional still has some autonomy to decide the treatment of patient, but is vulnerable on the supplemental dental market. The reflection of these issues in the light of bioethics allows pursue further discussions in the search for ethical and policy solutions that reflect dignity and professional benefits to the population covered by the additional assistance.

Keywords: Supplemental health, Prepaid health plans, Dentistry, Bioethics.

INTRODUÇÃO

No processo de produção dos serviços odontológicos, a odontologia como profissão autônoma foi inserida no contexto social em meados do século XIX, nos Estados Unidos. Como prática de trabalho, ganhou seu espaço no decorrer dos séculos, devido a fatores como: a expansão do mercado de consumo de serviços odontológicos decorrente do advento da cárie; desenvolvimento técnico da odontologia; proliferação de grupos distintos praticantes da odontologia; caracterização pública da odontologia como profissão com campo científico de práticas, e não apenas um trabalho artesanal; e descobertas científicas relacionadas ao campo odontológico¹.

A análise do processo social de produção dos serviços odontológicos requer o entendimento do modo de vida da população socialmente definida e a forma que a prática odontológica se estrutura dentro do sistema, considerando aspectos políticos, sociais e principalmente econômicos. A prática social da odontologia se efetiva à medida em que é compreendida em sua totalidade social, caracterizada pelo trabalho como núcleo fundamental da base material de todo processo produtivo².

Na construção do processo social de produção em odontologia, o objeto de trabalho, ou seja, algo ou alguém transformado no processo de trabalho, caracteriza-se na figura do paciente, de

forma individual e coletiva. O paciente inserido na totalidade social “compra” o produto advindo da força de trabalho do cirurgião-dentista (CD) com a finalidade de obter saúde bucal relativa às suas percepções individuais. Na verdade, saúde bucal para algumas pessoas pode significar ausência de dor, enquanto, para outras, ganha uma conotação estética ou psicológica particular relacionada ao contexto em que estão inseridas.

O contexto sócio-político e econômico da inserção e consolidação do setor de saúde suplementar na prestação de serviços odontológicos pelos cirurgiões-dentistas corroboraram para uma terceirização da força de trabalho do profissional. A superestrutura presente no quadro conjuntural da odontologia emerge e ao mesmo tempo mantém-se pelo contexto socioeconômico em que o CD está inserido. O cirurgião-dentista detentor de sua força de trabalho é regulado pelo Estado, mas este permite que o mercado seja regido pela lei da oferta e procura e de mais valia.

A forma liberal de trabalho, sem a presença de intermediários, descaracteriza-se neste contexto e o CD passa a ser um assalariado. O comprador da força de trabalho impõe algumas limitações à liberdade de atuação profissional, principalmente relativas ao controle do preço de seu trabalho. Essa lógica comprova que o mercado é um mecanismo que mantém condições de desigualdade. Caracteriza-se assim a distinção entre os papéis do CD socialmente definidos, no qual o trabalhador situado numa relação social em que vende sua força de trabalho como mercadoria é diferente do profissional da saúde que vende a mercadoria que por sua vez, é produto do seu trabalho para um consumidor².

O presente trabalho buscou uma estratégia de pesquisa que dirigisse seu foco ao profissional de saúde do campo da odontologia inserido no setor de saúde suplementar e procurou entender como é o funcionamento desse setor diante da ótica profissional. Assim, a odontologia suplementar foi analisada sob a ótica da bioética como um fragmento que faz parte de um todo estruturado, mas que jamais perde sua importância ao construir uma nova realidade histórica.

O estudo foi realizado com o intuito de se observar o posicionamento dos cirurgiões-dentistas em uma região com grande oferta de profissionais, em um mercado crescente de planos de saúde. A pouca quantidade de estudos relativos ao setor de

odontologia suplementar impulsionou a escolha de Brasília como a área de interesse para a pesquisa.

O objetivo da busca dessa realidade construída aos olhos dos cirurgiões-dentistas trouxe além do entendimento in loco das experiências e vivências do profissional em seu processo de trabalho, a eloquência e o respeito às vozes desses profissionais, como peças fundamentais do trabalho em saúde suplementar.

Perspectivas dos planos odontológicos e a vulnerabilidade entre operadoras, prestadores e beneficiários

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) demonstraram o extraordinário crescimento de beneficiários das operadoras de saúde suplementar. Esse crescimento pode ser atribuído à demanda elevada de usuários com necessidades odontológicas, à inacessibilidade de grande parte da população aos serviços públicos e à abertura do mercado potencial para as operadoras de odontologia suplementar³.

Aliado a esses dados temos a mudança do perfil profissional e da profissão odontológica, além do baixo gasto das famílias com despesas por desembolso direto para assistência odontológica e o gasto com planos privados de assistência à saúde. É importante ressaltar que a mudança no perfil profissional do cirurgião-dentista pode se relacionar ao elevado número de profissionais no mercado de serviços privados, que se encontram desamparados frente às normas reguladas pelo mercado, exercidas pelas empresas odontológicas⁴.

Essa realidade foi bem evidenciada a partir da década de 80, devido à expansão dos empregos na área da saúde, associada à crise do modelo liberal⁴⁻⁷, que refletiu um relativo aviltamento na inserção institucional e proletarização profissional, com indícios de desemprego e subemprego⁸. Devido ao declínio de rendimentos, os convênios e credenciamentos passaram a ser uma estratégia contra a crise, porém o intermédio das operadoras se manifestava na relação entre profissional e paciente, tanto no tratamento ofertado, quanto nos pagamentos^{4,5,7,9-11}.

Para se entender o funcionamento desse complexo setor de saúde, é necessário conceituar os papéis determinantes do sistema suplementar, que são as operadoras de odontologia suplementar, em duas diferentes modalidades, segundo ANS:

Operadora de plano privado de assistência à saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, obrigatoriamente registrada na ANS, que opera ou comercializa planos privados de assistência à saúde³. Dentre outras modalidades, podem ser:

- Autogestão: entidade que opera serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano privado de assistência à saúde, destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos de uma ou mais empresas, associados integrantes de determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos³.
- Odontologia de Grupo: operadora que se constitui em sociedade que comercializa ou opera planos odontológicos³.

Diante dessa realidade, o entendimento da relação ética que envolve o processo de trabalho do cirurgião-dentista credenciado às operadoras de odontologia suplementar, requer a análise macro e micro dimensional dessa relação mercadológica, na qual esta última é focalizada na pesquisa de campo.

Na análise macro, a questão ética envolve o gerenciamento da saúde pelas operadoras de planos odontológicos. Os planos operacionalizam a venda de saúde aos usuários e terceirizam a força de trabalho do CD. Estes são os profissionais habilitados a intervir nos pacientes por meio de credenciamento junto às operadoras. Os usuários são cidadãos que contratam determinada operadora, seja por planos contratados diretamente ou por empresas nas quais os beneficiários dos planos trabalham. É importante evidenciar que o mercado crescente da odontologia suplementar trouxe, com sua expansão, conflitos entre cirurgiões-dentistas operadores, pacientes e as operadoras de planos odontológicos.

A análise micro se efetiva à medida que se materializa o processo artesanal de trabalho do cirurgião-dentista inserido em um processo exploratório de venda do trabalho na terceirização da sua força de trabalho através de clínicas odontológicas terceirizadas, o que promove uma forma de mercantilização da energia profissional.

Em estudo publicado em 2008, houve a caracterização da existência de conflitos entre

empresas quanto às manobras ditas mercadológicas entre clientes e profissionais de saúde¹². Cristaliza-se assim, o favorecimento de situações de vulnerabilidade aos clientes de operadoras e também aos profissionais de saúde. A existência dessas tensões contrárias aos planos e seguros-saúde perturba levemente na atualidade, a situação mercantil da comercialização da saúde, pois ela já está consolidada nas operadoras no Brasil¹².

Dessa forma, na atividade prática exercida pelos profissionais credenciados às operadoras, o trabalho muitas vezes é executado segundo normas e diretrizes estipuladas pelos administradores dessas empresas de saúde.

Segundo Maluf e Azambuja¹³, é nesse contexto que se apresenta a bioética, como um campo de estudo e reflexão ético-moral, que envolve diferentes movimentos e sujeitos, orientados a agir profissionalmente de forma não apenas ética, mas bioeticamente adequada. Isso envolve diversos contextos temporais e espaciais, incluindo pessoas nas mais diversas realidades - como os vulneráveis, tanto no acesso quanto na busca da saúde¹³. Nessa realidade encontra-se o limite bioético entre necessidade, responsabilidade, justiça e equidade.

O papel do Estado e o Princípio da Responsabilidade

A definição do papel do Estado perpassa a discussão sobre o paradoxo entre duas esferas antagônicas e complementares, representadas pelo setor público e pelo privado. O Estado institucionalizado caracteriza-se como regulador dessa superestrutura. A evidenciação da responsabilidade pública diante dos distintos espaços vinculados à saúde surge não só como um princípio constitucional de direito, mas como um princípio ético.

Em sua análise sobre as novas dimensões da responsabilidade, Hans Jonas¹⁴ retoma os conceitos *prima facie* de Ética. A Ética antiga, que viabilizava apenas a ética do próximo, com prescrições de justiça, misericórdia e honradez, é muito bem-vinda no contexto atual, mas o domínio do fazer coletivo impõe à Ética uma necessidade imperativa da dimensão de responsabilidade¹⁴.

O Estado, representado pelo legislador, é o responsável por criar uma estrutura política viável, possibilitando um equilíbrio interno em determinado momento, com vistas a garantir um melhor futuro. O futuro vislumbra-se de forma

transcendente e promove à responsabilidade o complemento moral para a continuidade do ser no espaço temporal e fugaz que compreende sua própria existência¹⁴.

Na esfera da odontologia suplementar, a grande evolução da técnica odontológica, associada aos avanços da ciência, pois a técnica é a ciência aplicada, trouxe a excelência dos trabalhos odontológicos. O profissional domina a técnica, mas, em diversas situações, perde o domínio sobre o valor de seu trabalho diante do intermédio de empresas de saúde. Nesse sentido, o Estado inserido na visão neoliberal permitiu que empresas administrassem esse setor e a força de trabalho do profissional passou a ser regulada pelo mercado.

Autonomia e justiça como princípios éticos

Na análise bioética da odontologia suplementar, o discurso autonomista como ferramenta para o estudo permitiu evidenciar que o conceito não pode se limitar somente aos pacientes, mas deve se estender também aos profissionais. Adela Cortina¹⁵ remete o conceito de autonomia relacionada ao sujeito. Ao discutir a noção de sujeito moderno, espelhado nas escolas estruturalistas e heideggerianas, caracteriza-o plenamente autoconsciente e autodeterminado, dominador da natureza externa e interna, ou seja, autossuficiente e autônomo¹⁵.

Dentre os diversos usos do termo autonomia, é possível considerá-la no âmbito político que caracteriza o sujeito como pessoa, sujeito de direitos humanos e capaz de assumir, no âmbito político, a perspectiva de universalidade¹⁶. No âmbito moral, a autonomia é uma capacidade igual em todos os seres dotados de competência comunicativa, de assumir uma perspectiva de universalidade na hora de justificar normas de ação, pela participação em diálogos, como um juízo de consciência¹⁶.

Em sua visão autonomista sobre o direito à assistência à saúde, Engelhardt Jr¹⁷ relata que os vários direitos positivos particulares baseados na beneficência e justiça não conseguem responder aos interesses de todas as pessoas. E a justiça social passa a ser enganosa, pois a autonomia do indivíduo é reduzida ao responder anseios da coletividade. Os direitos à assistência à saúde constituem reivindicações de bens e serviços, assim os direitos de beneficência são direitos baseados em teorias particulares ou explicações do bem¹⁷.

A autonomia dos beneficiários de alguns planos de odontologia suplementar é reduzida ao tratamento restrito ao rol de procedimentos odontológicos, que talvez possa estar aquém das reais necessidades do paciente. A autonomia como princípio ético jamais deve ser condicionada às normas de determinadas operadoras existentes no mercado de planos de saúde. O profissional enquadra-se no conceito amplo de autonomia, no qual seu trabalho limita-se, muitas vezes, ao que a operadora propõe e libera ao paciente.

A definição de justiça emerge da pluralidade de experiências, linguagens e interpretações distintas de situações específicas. Diante das peculiaridades das situações, existe a dificuldade da descrição imparcial e correta dos fatos, o que permite considerar sua possível falibilidade, haja vista nem todas as interpretações são corretas e nem todos os interesses são legítimos. A análise ética da justiça permite compreender acontecimentos humanos numa perspectiva mais crítica, global e completa do que aquela que se poderia adotar em outros pontos de vista alheios à filosofia moral¹⁸.

O foco da justiça dentro do sistema de saúde suplementar permite a análise a partir do contexto neoliberal nas situações que definem a comercialização da saúde, ou seja, na existência de limites éticos e políticos para a emergência de um modelo mais justo e igualitário para os beneficiários e os profissionais, nos casos específicos em que a justiça seja necessária. Em uma análise individual, a justiça se enquadra nas situações nas quais o beneficiário dos planos tem direito a todo tratamento necessário para sua saúde bucal integral e tem direito a todas as informações devidas relacionadas ao plano a que pertence.

Dessa forma, ao utilizar a bioética como instrumento político, buscam-se mudanças reais diante de questões que afetam a coletividade, representada por um grupo específico, que são os cirurgiões-dentistas, e por toda a população que se beneficia da saúde suplementar. Nota-se de forma clara nessa análise a presença forte do mercado econômico no contexto neoliberal, no gerenciamento e comercialização da saúde.

Material e método

Trata-se de um estudo seccional composto por um inquérito realizado entre cirurgiões-dentistas que prestam serviço a duas modalidades de operadora de planos odontológicos em Brasília, Distrito Federal.

O padrão de instrumento inquérito já vem sendo amplamente aplicado em outras investigações da área da saúde e implicam na quantificação de aspectos subjetivos da percepção e avaliação dos profissionais sobre os seus processos de trabalho. Dessa forma, elementos subjetivos são incorporados na construção dos indicadores¹⁹.

No delineamento metodológico do presente estudo, foram escolhidas duas modalidades de operadora: uma de Autogestão, que possui uma visão menos lucrativa da saúde, o que possibilita uma remuneração mais justa ao prestador, na figura do cirurgião dentista; a outra operadora selecionada foi a de Odontologia de Grupo.

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 e operam de forma predominante em pré-pagamento, com valores fixos pré-estabelecidos. Segundo Vieira e Costa⁴, essa modalidade de operadora visa lucratividade na comercialização da saúde bucal.

Nesse sentido, foi feita a identificação de três operadoras de odontologia suplementar que no momento da pesquisa atuavam em Brasília, na qual uma é classificada como operadora de Odontologia de Grupo e duas classificadas como operadoras de Autogestão, e também o levantamento dos cirurgiões-dentistas prestadores de serviço às mesmas.

Os participantes da pesquisa foram 108 profissionais selecionados por meio de sorteio e credenciados a uma das três operadoras escolhidas. Eles responderam um questionário padrão pré-estabelecido e assinaram tanto o termo de consentimento livre e esclarecido quanto o questionário.

Os profissionais foram entrevistados em seus locais de trabalho, ou seja, em seus consultórios odontológicos situados em Brasília. As entrevistas foram realizadas após agendamento prévio com os profissionais e após autorização expressa no termo de consentimento.

Os dados foram coletados em três cortes, ao longo de oito meses (entre os meses de setembro de 2009 e maio de 2010) divididas em amostras dos profissionais credenciados à operadora de Odontologia de Grupo, Autogestão 1 e Autogestão².

Os dados obtidos foram analisados e comparados entre si e em sua totalidade. O instrumento de

coleta de dados utilizado foi um questionário com múltiplas variáveis, aplicado aos cirurgiões-dentistas credenciados às operadoras eleitas.

Cálculo do tamanho da amostra

Foi utilizado o programa Epi-info versão 3.3.2 com a finalidade de se obter o maior número mínimo amostral para que o estudo tenha representatividade e validade. Parâmetros para cálculo do tamanho da amostra:

- **Odontologia de Grupo. Universo: 75 cirurgiões-dentistas.**
Prevalência estimada das variáveis estudadas: 50%.
Erro máximo tolerado: 10%.
Grau de confiança: 95%.
N1=42 (número mínimo amostral de CDs credenciados à operadora da modalidade Odontologia de Grupo).
- **Autogestão 1 e 2. Universo: 212 cirurgiões-dentistas.**
Prevalência estimada das variáveis estudadas: 50%.
Erro máximo tolerado: 10%.
Grau de confiança: 95%.
N2=66 (número mínimo amostral de CDs credenciados à operadora de Autogestão, dos quais 42 pertenciam à operadora de Autogestão 1 e 24 à operadora de Autogestão 2).

Portanto, o número mínimo amostral calculado foi 108. Foram sorteados 10% a mais de profissionais em cada grupo, prevendo eventuais perdas, correspondendo um total de 119 cirurgiões-dentistas em caso de desistência da participação de algum profissional, com o objetivo de alcançar o número de 108 questionários devidamente respondidos.

DOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de inclusão

- A seleção de três operadoras de odontologia suplementar que administrassem atendimentos executados por cirurgiões-dentistas em Brasília.
- O sorteio aleatório de um número específico de cirurgiões-dentistas devidamente cadastrados no Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal (CRO-DF), obtido por cálculo amostral, a partir de todos os profissionais credenciados a essas três operadoras selecionadas. Foram sorteados 10% a mais de CD para o universo, diante da hipótese de algum sorteado não querer participar da pesquisa, portanto N1=73 e N2=46.

- Os participantes sorteados para o universo da amostra atuavam no momento da pesquisa no âmbito privado de serviço odontológico e eram credenciados a uma das três operadoras selecionadas para o estudo.
- O local onde se realizou a pesquisa foi nos consultórios particulares dos profissionais sorteados, onde os mesmos promoviam atendimento odontológico a seus pacientes. Esses atendimentos eram feitos aos pacientes beneficiários ou não de planos odontológicos.
- A participação do cirurgião-dentista na pesquisa implicou necessariamente que eles concordassem em participar da pesquisa e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido.
- O questionário conteve duas partes: uma baseada em variáveis que buscavam o grau de satisfação e a percepção do CD em relação ao mercado privado de odontologia e a segunda baseada na relação do profissional com uma das três operadoras selecionadas. O entrevistado só poderia responder as questões relacionadas à segunda parte do questionário (operadora), baseado em uma das três operadoras a que estava credenciado, mesmo que atendesse outras operadoras distintas do universo selecionado.
- Foi utilizado um único entrevistador para que a coleta de dados fosse feita de forma homogênea e para não haver diferentes interpretações por parte dos entrevistadores. Todos os questionários foram assinados pelos participantes no final da entrevista e arquivados para manter a confidencialidade.
- As entrevistas foram realizadas por meio do questionamento verbal pelo pesquisador e foram observadas todas as reações, anseios e dúvidas dos entrevistados e em alguns casos até o acréscimo de complementos qualitativos abordados pelos entrevistados em determinadas perguntas.

Critérios de exclusão

- Foram excluídos os sorteados que se negaram a participar da entrevista, em número de sete, (6,5% da amostra), sendo cinco da operadora de Autogestão 1, um da Autogestão 2 e um da Odontologia de Grupo.

DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Todas as informações foram obtidas por meio de um questionário que continha um roteiro de entrevista do tipo formulário. O questionário, composto por questões fechadas, com alternativas pré-definidas, foi dividido em dois blocos. O primeiro bloco continha duas perguntas e abordou a percepção do cirurgião-dentista em relação ao seu processo de trabalho odontológico. O segundo bloco, com três perguntas, buscou evidenciar a relação entre profissional e as operadoras selecionadas.

DO PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados obtidos a partir dos 108 questionários foram tratados estatisticamente em tabelas, e cada uma das perguntas fechadas presentes no questionário foram categorizadas em duas alternativas.

Todos os dados obtidos pelos questionários foram expostos da seguinte forma: em primeiro lugar, foram analisadas as respostas referentes à percepção de todos os cirurgiões-dentistas sobre o mercado de trabalho odontológico; e, em segundo lugar, os resultados do grau de satisfação do cirurgião-dentista relativo a cada operadora selecionada para o estudo.

As diferenças encontradas referentes às opiniões dos cirurgiões-dentistas quanto às operadoras de Odontologia de Grupo e Autogestão foram testadas estatisticamente por meio do teste de Qui-quadrado e, quando indicado, o teste de Fisher. Para esta análise foi utilizado o programa eletrônico de livre acesso Epi-info, versão 3.5.1. A presente pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 108 cirurgiões-dentistas entrevistados, 87,1% (94) responderam que o mercado de trabalho odontológico estava insatisfatório para o CD, 8,3% (9) responderam que o mercado estava satisfatório para o CD e 4,6% (5) que a questão era indiferente.

Grande parte dos entrevistados respondeu que o mercado de trabalho estava insatisfatório para o cirurgião-dentista devido ao número elevado de profissionais no mercado, a falta de

representatividade das entidades de classe odontológicas na defesa dos interesses profissionais e a falta de políticas a favor da classe odontológica.

Do universo de cirurgiões-dentistas entrevistados, 57,4 % (62) responderam que a odontologia atendia parcialmente as necessidades financeiras ou que não atendia e 45,6% (46) responderam que a odontologia atendia totalmente as necessidades financeiras. A presença de uma nova roupagem da odontologia liberal com a terceirização da força de trabalho trouxe a realidade da falta de adequação entre os valores referenciais financeiros compatíveis às necessidades do cirurgião-dentista com os valores referenciais verdadeiramente praticados no seu processo de trabalho.

Em pergunta sobre a decisão do plano de tratamento a ser executado, dos 42 cirurgiões-dentistas prestadores da operadora de Odontologia de Grupo, 64,3% (27) disseram que o CD decidia o melhor tratamento para o paciente e 35,7% (15) disseram que a decisão era feita junto com a operadora e o paciente. Para os 42 cirurgiões-dentistas da operadora de Autogestão 1, 64,3% (27) disseram que o próprio profissional era quem decidia o melhor tratamento para o paciente e 35,7% (15) disseram que a decisão era feita junto com a operadora e o paciente. Esses resultados coincidiram em números absolutos e relativos com os resultados da operadora de Odontologia de Grupo.

Dos 24 cirurgiões-dentistas da operadora de Autogestão 2, 79,2% (19) disseram que o cirurgião-dentista decidia o melhor tratamento para o paciente e 20,8% (5) disseram que a decisão era feita junto com a operadora e o paciente.

A maioria dos entrevistados disse que a decisão do plano de tratamento era feita pelo cirurgião-dentista, mas sempre respeitando o rol de procedimentos relativo ao plano adquirido pelo paciente. Os profissionais da operadora de Odontologia de Grupo relataram que não existia um plano universal que cobria todos os procedimentos. Os diferentes planos comercializados pela operadora possuíam diferentes coberturas e para isso eram cobrados dos pacientes, pela operadora, diferentes valores. Então os profissionais decidiam o plano de tratamento, mas se limitavam às normas da operadora, ou seja, existia uma liberdade limitada, o que, de certa forma reduz a beneficência do paciente diante do tratamento que recebe.

Não ficou evidente a perda total de autonomia profissional na definição técnica do tratamento. Os profissionais ainda possuíam o poder de decisão, mas a liberdade era condicionada aos procedimentos definidos pelo plano adquirido pelo paciente. Os profissionais muitas vezes se sentiam reféns das manobras comerciais de determinadas operadoras, o que constitui intervenção ética na prática da prestação de serviços odontológicos.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa da decisão do plano de tratamento a ser executado pelo cirurgião-dentista, segundo os profissionais entrevistados.

Decisão do plano de tratamento a ser executado pelo CD	Operadora de Odontologia de Grupo		Operadora de Autogestão 1		Operadora de Autogestão 2	
	N	%	n	%	n	%
Feita pelo cirurgião-dentista	27	64,3	27	64,3	19	79,2
Feita pelo cirurgião-dentista, operadora e paciente	15	35,7	15	35,7	5	20,8
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado=0,05, p=0,8

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado=0,9, p=0,3.

Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado=0,9, p=0,3.

Com relação à distribuição das opiniões relativas ao poder de decisão do profissional, não houve diferença estatística, pois 64,3% dos profissionais tanto da operadora de Autogestão 1, quanto à operadora de Odontologia de Grupo responderam que a decisão do tratamento era feita pelo cirurgião-dentista.

Na comparação entre as opiniões dos profissionais da operadora de Autogestão 1 e 2, não foi encontrada diferença estatística significativa, pois p=0,32, assim como entre as operadoras de Autogestão 2 e Odontologia de Grupo, que também não apresentaram di-

ferença estatística significativa, pois $p=0,32$. Este resultado permitiu concluir que, para os profissionais entrevistados das três operadoras, a maioria tinha o poder de decisão sobre o plano de tratamento definido para o paciente.

Sobre a questão da autonomia, dos 42 cirurgiões-dentistas da operadora de Odontologia de Grupo, 54,8% (23) responderam que tinham total liberdade para escolher o melhor tratamento. 35,7% (15) disseram seguir normas da operadora e 9,5% (4) disseram que às vezes tinham autonomia para decidir o melhor tratamento para o paciente.

Entende-se por autonomia profissional a liberdade do cirurgião-dentista em proporcionar ao paciente a saúde bucal integral, vislumbrando a utilização de conhecimento técnico adequado e específico às distintas situações de doenças bucais e suas consequências, respeitando os limites da especialidade que o cabe, consoante aos princípios da beneficência e não maleficência.

Nos resultados, a maioria dos profissionais relatou que possuíam liberdade em seu processo de trabalho quando atendiam pacientes credenciados à operadora específica, mas ressaltaram novamente que essa liberdade era condicionada ao rol de procedimentos discernidos no contrato escolhido pelo paciente. Trata-se de uma autonomia profissional relativa, intermediada pela determinação financeira dos planos de saúde.

Dos 42 cirurgiões-dentistas da operadora de Autogestão 1, 59,5% (25) responderam que tinham total liberdade para escolher o melhor tratamento. 35,7% (15) disseram seguir normas da operadora e 4,8% (dois) disseram que às vezes tinham autonomia para decidir o melhor tratamento para o paciente.

Dos 24 cirurgiões-dentistas da operadora de Autogestão 2, 83,3% (20) responderam que tinham total liberdade para escolher o melhor tratamento, 12,5% (3) disseram que não tinham liberdade e seguiam normas da operadora e um disse que às vezes tinha autonomia para decidir o melhor tratamento para o paciente.

Tabela 2 - Distribuição absoluta e relativa da autonomia do profissional em seu processo de trabalho no atendimento de pacientes/beneficiários da operadora selecionada, segundo opinião dos profissionais entrevistados.

Autonomia do CD no atendimento de pacientes	Operadora de Odontologia de Grupo		Operadora de Autogestão 1		Operadora de Autogestão 2	
	n	%	n	%	n	%
Sim	23	54,8	25	59,5	20	83,3
Não (normas da Operadora)	15	35,7	15	35,7	3	12,5
Relativa	4	9,5	2	4,7	1	4,2
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010.

Operadora Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado= 0,44, $p=0,5$.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado=5, $p=0,02$.

Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado= 1,8, $p=0,1$.

Com relação à distribuição do grau de autonomia profissional, não foi encontrada diferença estatística significativa entre os cirurgiões-dentistas que prestavam serviço às operadoras de Autogestão 1 e Odontologia de Grupo, com $p=0,5$. Este resultado permitiu concluir que tanto os profissionais da operadora de Autogestão 1 quanto os profissionais da operadora de Odontologia de Grupo se sentiam autônomos em proporções semelhantes em seu processo de trabalho. É válido afirmar que 45,3% dos profissionais da operadora de Odontologia de Grupo não se sentiam autônomos e 40,5%

dos profissionais credenciados à operadora de Autogestão 1 não se sentiam autônomos.

Para as operadoras de Autogestão 1 e 2 não foi encontrada diferença estatística significativa, pois $p=0,17$ e 59,5% dos profissionais da operadora de Autogestão 1 sentiam-se autônomos e o valor relativo para profissionais da operadora de Autogestão 2 é de 83,3%.

Entre as operadoras Autogestão 2 e Odontologia de Grupo, foi encontrada diferença estatística

ca significativa, pois $p=0,024$, o que permite concluir que os profissionais da operadora de Autogestão 2 sentem-se 1,52 vezes mais autônomos em seus atendimentos quando comparados com os profissionais da operadora de Odontologia de Grupo.

Sobre as reclamações dos pacientes, dos 42 entrevistados da operadora de Odontologia de Grupo, 83,3% (35) disseram que os pacientes já mencionaram algum tipo de reclamação em relação à operadora. Dos 83,3%, 7,3% (3) disseram que os pacientes às vezes reclamaram da operadora, 14,3% (6) disseram que os pacientes sempre reclamaram. Apenas 16,7% (7) CDs disseram que os pacientes nunca reclamaram da operadora. A maioria das reclamações, segundo os entrevistados, relacionou-se a desinformação por parte dos pacientes em relação aos procedimentos que não eram cobertos pelo plano contratado e também à

falta de profissionais credenciados. Eles relataram que muitos profissionais desistem de prestar serviço a essa operadora e se descredenciam.

Dos 42 entrevistados prestadores de serviço à operadora de Autogestão 1, 69,9% (29) disseram que os pacientes nunca reclamaram em relação à operadora, 30,1% (13) disseram que os pacientes já reclamaram da operadora.

Dos 24 entrevistados da operadora de Autogestão 2, 4,2% (1) disseram que os pacientes nunca reclamaram em relação à operadora e 95,8% (23) disseram que os pacientes já reclamaram da operadora e, destes, 12,5% (3) disseram que os pacientes sempre reclamavam. A maioria das reclamações dos pacientes, segundo os profissionais, era o alto custo das mensalidades pagas à operadora, associado ao desembolso parcial em todos os tratamentos odontológicos.

Tabela 3 - Distribuição absoluta e relativa da presença de reclamações dos pacientes/ beneficiários em relação às operadoras, segundo os profissionais entrevistados.

Opinião dos pacientes em relação à operadora, segundo profissionais	Operadora de Odontologia de Grupo		Operadora de Autogestão 1		Operadora de Autogestão 2	
	n	%	n	%	n	%
Reclamam da operadora	35	83,3	29	69,9	23	95,8
Não reclamam da operadora	7	16,7	13	30,1	1	4,2
Total	42	100	42	100	24	100

Fonte: os autores, 2010.

Operadora Odontologia de Grupo e Autogestão 1: Qui-quadrado= 21,4, $p=0,000003$.

Operadora de Odontologia de Grupo e Autogestão 2: Qui-quadrado= 1,2, $p=0,2$.

Operadora de Autogestão 1 e Autogestão 2: Qui-quadrado=23,38, $p=0,000001$.

Com relação à distribuição da avaliação dos relatos de queixas dos pacientes em relação às operadoras de Autogestão 1 e Odontologia de Grupo, foi encontrada diferença estatística significativa, pois $p=0,000003$. Portanto evidencia-se que os pacientes beneficiários da operadora de Odontologia de Grupo reclamaram 5,33 mais vezes que os pacientes da operadora de Autogestão 1.

Para as operadoras de Autogestão 1 e 2, também foi encontrada diferença estatística significativa, pois $p=0,000001$. Os pacientes da operadora de Autogestão 2 reclamaram 3,1 vezes mais que os pacientes da operadora de Autogestão 1. Entre as operadoras de Autogestão 2 e Odontologia de Grupo, foi encontrada diferença estatística significativa, pois $p=0,04$.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração na aplicação e no avanço das práticas odontológicas e tecnologias associadas, ou seja, no uso dos serviços suplementares da saúde. Assim, infere-se que a beneficência do paciente torna-se condicionada não só ao profissional, mas principalmente ao plano de saúde ofertado pelas operadoras, e em ambos os casos, subentende-se que o paciente não pode opinar, nem consentir qualitativamente no tratamento técnico-clínico que recebe. O profissional, entretanto, apresenta ampla vulnerabilidade frente a algumas operadoras que credenciam seus serviços pela injusta remuneração e pela perda da decisão ético-tecnológica.

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

- Muitas vezes os profissionais aceitam o credenciamento às operadoras de odontologia suplementar que repassam valores de procedimentos inexpressivos, por se sentirem reféns do mercado pelo excesso de profissionais;

- O profissional perde sua autonomia no processo de trabalho odontológico frente a determinados tratamentos devido à limitação imposta pela tabela de rol de procedimentos. Em muitos casos o plano de tratamento liberado por determinados planos contém apenas tratamentos básicos e o cirurgião-dentista limita-se aos tratamentos pré-estipulados pelo plano, mesmo que o paciente necessite de outros tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho CL. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. *História, Ciências e Saúde- Manguinhos*, 2006 13 (1): 55-76.
2. Portillo JAC. A Saúde Bucal e o Mercado de Trabalho Odontológico. *Rev. Saúde em Debate*, 1986;18. pp. 52-64.
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da saúde suplementar. Março 2010.
4. Vieira C, Costa NR. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet* 2008; 13 (5): 1579-88.
5. Garcia PPN, Cobra S, Spoto C. Condições de Trabalho e Satisfação de Cirurgiões-Dentistas Credenciados por Convênios Odontológicos. *Rev Odontol UNESP* 2004; 33(3): 115-22.
6. Bleicher L. Autonomia ou assalariamento precário? O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador. [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.
7. Garbin D, Mattevi GS, Carcereri DL, Caetano JC. Odontologia e Saúde Suplementar : marco regulatório , políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. *Cienc Saude Colet* 2013;18(2): 441-52.
8. Nogueira, RP. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. *Cad Saúde Pública* 1987; 3(3): 332-42.
9. D'Ávila S, Oliveira PAP, Lucas RSCC, Souza EA. Assistência Odontológica x Plano de Saúde: um Estudo em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2007; 7(3): 259-63.
10. Vieira SLG, Miranda GE, Bouchardet FCH, Santos LE. A auditoria odontológica nos serviços de saúde suplementar. *Salusvita* 2014; 33(3): 331-43.

11. Duarte MCR. A assistência suplementar no Brasil: história e características da cooperativa de trabalho Unimed. In: Negri B, di Giovanni G. Brasil, Radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia/Unicamp; 2001. p. 363-93.
12. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2008; 13(5): 1385-97.
13. Maluf F, Azambuja LEO. Bioética e Odontologia: considerações sobre a relação profissional-paciente. *Rev Odontol Araçatuba* 2015; 36(2): 61-5.
14. Jonas H. O princípio da responsabilidade. Ensaio de uma ética para uma civilização tecnológica. Ed. PUC Rio. Rio de Janeiro, 2006. 353p.
15. Cortina A. Ética de la empresa: sin ética no hay negocio. In: *Ética aplicada y democracia radical*. Ed. Tecnos. Madrid, 1993a. pp. 263-84.
16. Cortina A. Radicalizar la democracia desde un nuevo sujeto moral. In: *Ética aplicada y democracia radical*. Ed. Tecnos. Madrid, 1993. pp. 123-33.
17. Engelhardt Jr HT. *Fundamentos da Bioética*. Ed. Loyola, São Paulo, 2008. 520p.
18. Navarro EM. Justiça. In: *Dez palavras chave em ética*. Ed. Gráfica de Coimbra. Coimbra, 1997. pp.151-96.
19. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. *Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo*. ISA- SP. São Paulo: USP/FSP, 2005. 212p.