

Implantação de um serviço odontológico de promoção de saúde bucal e seus impactos na assistência.

Luiz Cesar da Costa Filho – CRO-RS: 10.058

Resumo:

Propósito: Avaliar os impactos econômicos e assistenciais na mudança de um plano de saúde odontológico terceirizado com remuneração por taxas por serviço, por um serviço odontológico próprio com remuneração com base em valores fixos e uma filosofia de promoção de saúde bucal.

Métodos: O presente estudo avaliou a assistência odontológica fornecida a cerca de 4000 usuários de uma empresa. A análise foi dividida em dois períodos: de janeiro de 2000 a dezembro de 2002 quando a assistência odontológica fornecida aos funcionários era terceirizada por uma empresa que operava com rede credenciada, e de março de 2003 a junho de 2005 quando a assistência era prestada por um serviço de odontologia próprio com diretriz preventiva e embasado em evidência. Foram coletados dados econômicos e sobre o tipo e número de procedimentos realizados.

Resultados: Houve um aumento significativo de procedimentos preventivos e de adequação de saúde bucal no serviço próprio em relação à rede credenciada. Também houve diminuição significativa no número de procedimentos restauradores com a implantação do serviço próprio. Os custos foram reduzidos em 36%, o número total de procedimentos aumentou em 30% e a satisfação do usuário não diminuiu com a adoção do serviço próprio.

Conclusão: O serviço próprio com protocolos clínicos embasados em evidência e filosofia de promoção de saúde bucal, quando comparado a um sistema de rede credenciada diminuiu custos para empresa e aumentou o número de procedimentos realizados, mudou o perfil da assistência para uma atuação menos invasiva e mais voltada às causas das patologias e preservou a satisfação dos usuários.

Palavras-Chave: Economia e Organizações de Saúde, Taxas e Cobranças, Serviços de Assistência Odontológica, Custo e Análise de Custos, Planejamento em Saúde.

Introdução:

Nas últimas décadas, os países em desenvolvimento testemunharam o aumento do número de dentistas e a continuidade dos problemas de acesso a serviços de odontologia pela população menos favorecida. Este é o caso do Brasil, cuja odontologia atravessa uma fase paradoxal, pois é o país com maior número de dentistas no mundo (216.375)(1) e, simultaneamente, cerca de 16% de sua população nunca teve acesso a qualquer tipo de assistência odontológica(2). Com isso, a assistência odontológica oferecida pelas empresas aos seus funcionários é de grande relevância, porque permite acesso a serviços de saúde bucal, além de possibilitar aos novos profissionais da odontologia a entrada no mercado de trabalho(3).

O setor de odontologia é o que mais cresce dentro dos benefícios oferecidos pelas empresas brasileiras(4;5), mas ao mesmo tempo, o aumento dos custos com a saúde dos funcionários é motivo de preocupação para as empresas(6-8).

Dentro desse contexto, as práticas em saúde embasadas em evidência e de promoção de saúde bucal podem auxiliar as empresas a expandirem os benefícios em saúde, pois ao serem adotadas condutas clínicas com maior efetividade, os recursos financeiros podem ser otimizados e a qualidade da assistência à saúde pode ser aumentada(9-14).

O presente estudo pretende avaliar, de forma retrospectiva, custos, cobertura, perfil assistencial e satisfação dos usuários em relação aos serviços de odontologia oferecidos pela Fundação de Amparo Social do Hospital Moinhos de Vento (FAS-HMV) Esta fundação tem o propósito de oferecer um plano de saúde para os funcionários do Hospital Moinhos de Vento (HMV), o qual é um hospital privado, com 252 leitos hospitalares, localizado em Porto Alegre, RS, Brasil. A avaliação foi feita em dois momentos: antes da implantação de um serviço próprio de odontologia, momento em que um plano de saúde bucal terceirizado com rede credenciada fazia a

assistência odontológica e depois da implantação de um serviço próprio de odontologia embasada em evidência.

Métodos:O serviço odontológico da FAS-HMV:

A FAS-HMV foi criada em 1995 com objetivo de implantar um plano de saúde de autogestão para os colaboradores do hospital Moinhos de Vento e entidades vinculadas ao HMV. O plano também beneficia os cônjuges e dependentes até 21 anos de idade dos titulares, funcionários aposentados e ex-funcionários na forma da lei 9656/98. Em 1995, quando o plano de saúde da FAS-HMV foi instituído, a odontologia era terceirizada a uma empresa prestadora de serviço odontológico que operava com uma rede de profissionais credenciados que eram remunerados através do sistema de remuneração por serviço. Em meados de 2002, outra empresa de odontologia foi contratada para fazer um levantamento epidemiológico da população de usuários da FAS-HMV e com isso estimar e verificar a possibilidade de implantação de um serviço de odontologia próprio.

Em fevereiro de 2003, junto com outras mudanças na estrutura do plano FAS-HMV, o serviço próprio de odontologia foi implantado. O dimensionamento do serviço e o perfil clínico dos profissionais foram planejados com base nas informações do levantamento epidemiológico de 2002. A proposta do serviço de odontologia próprio foi de trabalhar a promoção de saúde bucal, a qual além de reabilitar as necessidades clínicas do paciente, dá ênfase à prevenção e educação em saúde. Outra característica desse serviço é que os protocolos clínicos foram elaborados com uma metodologia de práticas em saúde embasadas em evidência para otimizar o benefício decorrente dos recursos financeiros do plano.

Durante o período avaliado do serviço (março de 2003 a junho de 2005), o serviço próprio funcionava com 3 consultórios odontológicos, 7 dentistas (sendo 1 deles o coordenador da odontologia desse serviço), 1 técnica em higiene dental (THD)

e 2 auxiliares de consultório dentário (ACD). O perfil dos dentistas selecionados para esse serviço foi de pessoas com boa formação como clínicos gerais, mas que possuíssem diferentes especialidades (dentística, odontopediatria, ortodontia, endodontia, periodontia e cirurgia) para que a resolutividade de casos complexos dentro do próprio serviço fosse aumentada. A equipe de profissionais escolhida também tinha como característica o conhecimento dos conceitos de odontologia embasada em evidência e de promoção de saúde para que também pudessem contribuir na elaboração dos protocolos clínicos. A técnica em higiene dental e as auxiliares de consultório dentário do serviço tinham uma formação voltada a fazer procedimentos de adequação inicial em saúde bucal (raspagem supragengival e educação em saúde bucal).

Diferente do sistema anterior, a forma de remuneração dos profissionais do serviço era com base em valores fixos mensais (contratados pela CLT ou como pessoa jurídica).

Delineamento da pesquisa:

O estudo é uma coorte retrospectiva, tipo antes e depois, baseada em dados secundários coletados na FAS-HMV de 2000 a 2005. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão Científica do Instituto de Educação e Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento.

População e amostra:

Esse estudo envolveu a população de usuários do plano de saúde FAS-HMV. O plano de saúde dessa fundação tem cerca de 4000 usuários, sendo esse número variável de acordo com entradas e saídas de pessoas do plano. Os usuários são funcionários (ativos, aposentados ou ex-funcionários) do Hospital Moinhos de Vento e entidades vinculadas ao hospital, bem como seus cônjuges e dependentes até 21 anos de idade.

Coleta dos dados:

Os dados sobre os procedimentos realizados nos anos de 2000, 2001 e 2002 foram fornecidos pela empresa responsável pela assistência odontológica da FAS-HMV com rede credenciada antes do serviço próprio, bem como as pesquisas de satisfação dos usuários nos anos de 2000 e 2001.

Os dados sobre os procedimentos realizados no período de março de 2003 a junho de 2005 foram levantados nos prontuários clínicos do atual serviço próprio de odontologia da FAS-HMV. As pesquisas de satisfação do serviço nesse período foram obtidas pela Fundação através de questionários.

Os dados sobre os custos da odontologia em todo período de janeiro de 2000 a junho de 2005 foram obtidos na empresa responsável pela gestão do plano de saúde da FAS-HMV desde sua criação em 1995. Na composição dos custos antes do serviço próprio foram considerados os custos diretos: (1) o valor pago a operadora de saúde, (2) os gastos com urgências odontológicas, (3) os gastos com consultas especializadas fora da rede da operadora, (4) os gastos com bloco cirúrgico, internações hospitalares e exames e os custos indiretos (5) relativos a salários e encargos com dias de afastamento gerados por motivos odontológicos. E na composição dos custos do serviço próprio foram considerados: (1) o gasto com salários e encargos da equipe odontológica, (2) o gasto com a aquisição de materiais e manutenção de equipamentos, (3) os gastos com urgências odontológicas, (4) os gastos com consultas especializadas fora do serviço próprio, (5) os gastos com bloco cirúrgico, internações hospitalares e exames, (6) os custos fixos do serviço (água, luz, telefone, aluguel, limpeza, etc.), (7) custo com depreciação de equipamentos e da obra civil, (8) custo com o passivo trabalhista (calculou-se o pior cenário possível com base nas informações da taxa de renovação dos funcionários do hospital, dos pagamentos de leis sociais e dos pagamentos de reclamações na justiça) e os custos indiretos (9)

relativos a salários e encargos com dias de afastamento gerados por motivos odontológicos.

Análise estatística e forma de apresentação dos dados:

As informações sobre procedimentos odontológicos e custos foram processadas nos programas Microsoft Office Excel 2003 e SPSS 10.0.1.

As informações foram obtidas mensalmente nos 36 meses antes da mudança na gestão do serviço e por 28 meses após. Na medida em que a cada mês existia uma variação no número de funcionários beneficiários do programa e para permitir uma maior comparabilidade entre os períodos, os resultados foram normalizados para uma população de 4000 usuários.

Os dados sobre custos foram ajustados mensalmente pelo índice IPCA (Índice nacional de preços ao consumidor – Amplo: preços monitorados – plano de saúde) e foram convertidos em dólares internacionais para o ano de 2003 conforme as tabelas de paridade de poder de compra da Organização Mundial da Saúde (OMS)(12;15). As séries históricas sobre o IPCA foram obtidas através do “website” do Banco Central do Brasil (série nº. 4461)(16).

As comparações entre os dois períodos de gestão do serviço, pela rede credenciada e pelo serviço próprio, foram feitas através de teste t para amostras independentes ou pelo teste Mann-Whitney, dependendo da distribuição dos dados. O nível de significância adotado foi o de 5%.

Resultados:

Na área de diagnóstico (tabela 1), não existe diferença numérica no total de procedimentos entre os dois sistemas, mas existem diferenças nos tipos de procedimento. Enquanto a rede credenciada tinha maior número de consultas, o serviço próprio tinha maior número de radiografias. Isso talvez possa ser atribuído ao

fato que a migração ou indicação entre os profissionais da rede credenciada gere mais consultas, enquanto os profissionais do serviço próprio têm acesso ao mesmo prontuário com um planejamento inicial, o qual pode ser compartilhado pelos outros profissionais no decorrer das consultas de tratamento entre os diferentes especialistas no mesmo serviço.

No sistema de serviço próprio houve um aumento nos procedimentos mais conservadores, que são as ações preventivas (tabela 1) e as ações de adequação do meio bucal, que incluem procedimentos de periodontia básica, restaurações provisórias com ionômero de vidro, tratamentos expectantes e reparo de restaurações (repolimento, remoção de excessos e pequenos concertos em restaurações) (tabela 1), Esse aumento pode ser reflexo da adoção de protocolos clínicos embasados em evidência fortemente ligados ao tratamento da causa das patologias (17-23) e não apenas dos sintomas.

Entre os procedimentos restauradores (tabela 1) nota-se uma redução acentuada com a adoção do serviço próprio. Talvez isso seja explicado por que numa rede credenciada pode existir a tendência de os profissionais trocarem restaurações com menor evidência de necessidade, ou porque no serviço próprio houve um maior número de condicionamento de restaurações (através do repolimento, remoção de excessos e pequenos reparos). Outra explicação possível é que nesse serviço próprio em particular a orientação é que quando houver dúvida deve-se observar o caso, e isso talvez tenha implicado em um maior número de radiografias (tabela 1).

O serviço próprio também trouxe uma redução nas exodontias (tabela 2), o que pode ser o reflexo de condutas mais conservadoras tanto para exodontias de dentes com cárie ou doença periodontal como para dentes retidos(24).

As endodontias também diminuíram com a adoção do serviço próprio (tabela 2). Isso pode ter ocorrido pelo fato de que o aumento de restaurações temporárias com ionômero de vidro (tabela 1) tenha dado tempo da dentina amolecida se remineralizar. Por conseqüência, isso pode ter resultado em menos invasões ao tecido pulpar na

etapa restauradora. Outra explicação plausível é que a diminuição na troca de restaurações também tenha resultado em menos invasões a polpa. Uma possibilidade mais remota, dado o pequeno intervalo de tempo de análise do serviço próprio, é que o aumento das ações preventivas tenha resultado em uma menor incidência de cáries. A diminuição dos retratamentos endodônticos pelo serviço próprio pode ser explicada por uma postura de maior observação dos casos, fato que pode ter ocasionado o aumento do número de radiografias (tabela 1).

Tabela 1: Médias mensais e desvios padrão dos quatro grupos de procedimentos mais prevalentes (diagnóstico, prevenção, adequação e restaurador).

Área	Procedimentos	Rede Credenciada	Serviço Próprio
		N ± DP	N ± DP
Diagnóstico	Consulta inicial e planejamento	155 ± 88	116 ± 75
	Consultas ou reconsultas **	129 ± 72	56 ± 15
	Radiografias **	131 ± 48	236 ± 54
	Biópsias **	0,0 ± 0,0	0,4 ± 0,8
	Total - Diagnóstico	415 ± 116	409 ± 43
Prevenção	Sessões de profilaxia ou IHB **	192 ± 62	298 ± 65
	Aplicações de flúor **	77 ± 47	208 ± 43
	Selante por dente **	2 ± 6	14 ± 9
	Total – Prevenção **	271 ± 103	520 ± 104
Adequação	Sessões de raspagem supra ou sub **	48 ± 24	228 ± 57
	Restaurações de ionômero ou ART **	5 ± 5	29 ± 11
	Recondicionamento de restaurações **	8 ± 6	20 ± 9
	Tratamentos expectantes **	6 ± 5	38 ± 10
	Total – Adequação **	67 ± 32	315 ± 74
Restauradora	Colagem de fragmento	0,1 ± 0,3	0,1 ± 0,4
	Reconstruções (em resina ou amálgama) **	5 ± 4	1 ± 1
	Restaurações de amálgama **	50 ± 35	21 ± 11
	Restaurações de resina **	242 ± 77	87 ± 23
	Total – Restauradora **	297 ± 99	109 ± 25

Diferença estatística: * p<0,05 **p<0,01.

Quanto a outros serviços odontopediátricos de baixa utilização, nota-se que o serviço próprio realizou mais exodontias de dentes decíduos. Já o número de endodontias e pulpotomias em dentes decíduos não apresentou diferenças entre os dois momentos (Tabela 2).

Tabela 2: Médias mensais e desvios padrão dos procedimentos de exodontia e endodontia.

Área	Procedimentos	Rede Credenciada	Serviço Próprio
		N ± DP	N ± DP
Exodontia	Exodontias **	24 ± 11	16 ± 8
	Exodontias de dentes retidos *	12 ± 6	8 ± 4
	Exodontias de decíduos **	8 ± 8	12 ± 5
Endodontia	Capeamento direto	3 ± 3	2 ± 2
	Endodontia *	16 ± 7	12 ± 6
	Endodontia – retratamento **	3 ± 3	1 ± 1
	Pulpotomia	1 ± 1	1 ± 1
	Endodontia de decíduos	0,3 ± 0,5	0,9 ± 1,2
	Pulpotomia de decíduos	0,2 ± 0,6	0,1 ± 0,4

Diferença estatística: * p<0,05 **p<0,01.

O serviço próprio trouxe o acréscimo de duas novas áreas; a oclusão e a ortodontia preventiva e interceptativa (Tabela 3). Destaca-se o fato que os pacientes pagavam somente o custo laboratorial das placas miorelaxantes e dos aparelhos ortodônticos.

Na tabela 3 nota-se que as cirurgias de pequeno porte aumentaram no serviço próprio e que as cirurgias mais simples como a gengivectomia foram substituídas por cirurgias periodontais mais elaboradas como aumento de coroa clínica, retalho de Widman modificado, procedimentos regenerativos, etc.

Em relação à utilização de serviços especiais (Tabela 3), verificou-se que o serviço próprio realizou mais tratamentos de urgência, utilizou menos os serviços especializados fora de sua equipe de profissionais e utilizou menos os serviços hospitalares. Pode haver uma distorção na captação das urgências na rede credenciada, pois os profissionais poderiam marcar o código de restauração, ou tratamento endodôntico, já no serviço próprio havia uma anotação especial para os atendimentos de urgência.

Tabela 3: Médias mensais e desvios padrão dos procedimentos cirúrgicos de pequeno porte, oclusão, ortodontia e outros.

Área	Procedimentos	Rede Credenciada	Serviço Próprio
		N ± DP	N ± DP
Cirurgias de pequeno porte	Gengivectomia **	2,9 ± 2,7	1,0 ± 1,0
	Cirurgia periodontal avançada **	0,1 ± 0,3	5,9 ± 3,7
	Cirurgia oral menor *	0,0 ± 0,0	0,1 ± 0,3
Oclusão	Ajustes oclusais **	0,1 ± 0,4	5 ± 3
	Placas miorelaxantes **	--	4 ± 3
Ortodontia	Consultas de ortodontia **	--	33 ± 9
	Aparelhos ortodônticos **	--	4 ± 2
Outros	Tratamento de urgências **	18 ± 7	34 ± 9
	Consultas especializadas **	5 ± 3	1 ± 2
	Internações em bloco *	0,6 ± 0,8	0,3 ± 0,5

Diferença estatística: * p<0,05 **p<0,01.
-- procedimento não oferecido.

O serviço próprio realizou uma quantidade maior de procedimentos com um custo menor (tabela 4). Porém, o perfil dos procedimentos foi diferente entre os dois serviços: enquanto na rede credenciada predominavam serviços diagnóstico e restauradores, no serviço próprio houve uma preferência por serviços de diagnóstico, prevenção e adequação do meio bucal (Gráfico 1).

Tabela 4: Médias mensais e desvios padrão dos custos (em dólares internacionais 2003) e do número total de procedimentos.

Parâmetros		Rede Credenciada	Serviço Próprio
		N ± DP	N ± DP
Custos	Gasto com a operadora de saúde	32.350 ± 8.845	--
	Gasto com urgências	227 ± 264	201 ± 303
	Pagamento da equipe odontológica	--	12.1230 ± 1.227
	Material e equipamentos	--	4.076 ± 2.222
	Consultas especializadas fora do sistema **	124 ± 81	25 ± 46
	Gastos hospitalares *	1.965 ± 3.138	584 ± 1.190
	Custo da depreciação	--	1.114 α
	Custos fixos	--	1.149 α
	Custo indireto dos afastamentos	451 α	861 α
	Passivo trabalhista	--	2.269 α
	Total de gastos **	35.118 ± 8.873	22.402 ± 2.857
Procedimentos	Total de procedimentos **	1.145 ± 347	1.494 ± 207
	Custo por procedimento **	32,8 ± 10,2	15,2 ± 2,6

Diferença estatística: * p<0,05 **p<0,01.

-- Custo não aplicável.

α – Constantes estimadas com base em informações do hospital ou com informações teóricas.

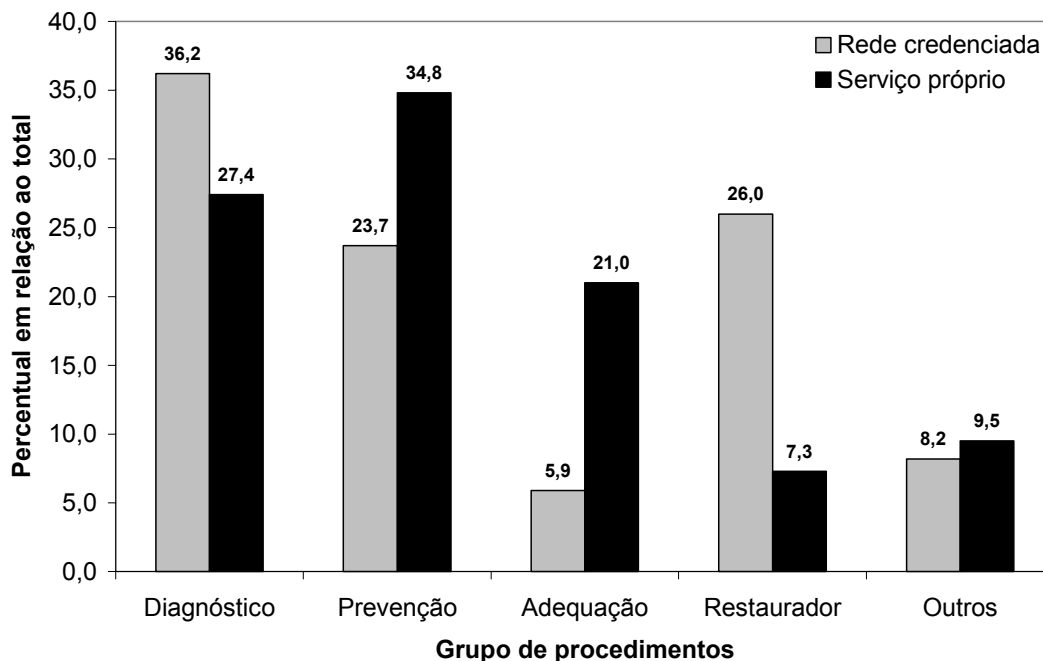


Gráfico 1: Percentual de cada grupo de procedimentos realizados na rede

Os resultados de custo da tabela 4 estão em dólares internacionais (ano de 2003). Para converter os resultados econômicos para a moeda de seu país basta multiplicar os valores da tabela 4 pela taxa de câmbio da paridade de poder de compra 2003 da OMS e depois multiplicar pela inflação acumulada em seu país no período de julho de 2003 até a data atual (se o seu país possui indicadores dos reajustes do setor da saúde no mesmo período, a estimativa ficará ainda mais realista).

Ainda na tabela 4, algumas informações são constantes estimadas através de parâmetros conhecidos. Já no caso do passivo trabalhista estimou-se o pior cenário possível, pois se sabe que o passivo trabalhista aumenta com o passar dos anos, mas o custo mensal real dos primeiros 28 meses do serviço próprio foi de 115 dólares internacionais (cerca de 5% do que se estimou para o pior cenário possível).

Quanto à satisfação dos usuários, observou-se que não houve redução da satisfação dos usuários entre os dois serviços. Mas essas pesquisas devem ser observadas com cautela, pois foram feitas com metodologias diferentes e por empresas diferentes. Outro fator importante a ressaltar é que a pesquisa de satisfação

do serviço próprio foi feita sem viés de seleção, ou seja, uma amostra aleatória foi realizada dois anos e cinco meses depois da implantação do serviço, tempo suficiente para o serviço ganhar a credibilidade dos usuários. Quando do início da implantação havia o temor de diminuir a satisfação dos funcionários devido à restrição da liberdade de escolha de dentistas. Em julho de 2005, 83,4% (95% IC: entre 66,5% e 93,6%) dos entrevistados achavam o serviço próprio excelente (30,6%) ou bom (52,8%), 13,9% responderam médio, 2,8% achavam ruim e 0% responderam péssimo.

Os gráficos 2, 3 e 4 mostram a tendência temporal de ocorrência de 3 tipos de procedimentos de alta prevalência mencionados anteriormente nas tabelas 2, 3 e 4. As linhas de tendência de cada grupo foram realizadas pela função Lowess com 3 interações e com 50% dos pontos utilizados para o ajuste. Nota-se nos três gráficos o rompimento de padrões de assistência à saúde bucal entre a rede credenciada e o serviço próprio.

Outro fenômeno interessante de se observar nos gráficos 2, 3 e 4 é que o modelo de rede credenciada é mais suscetível a oscilações: nota-se que a partir do mês 15 há uma queda no número dos 3 tipos de procedimentos no sistema com rede credenciada, e isso ocorreu devido a uma renegociação para redução de preços do plano de saúde odontológico. Junto com a redução de preços veio uma série de medidas restritivas aos dentistas da rede que de imediato diminuíram o número dos três tipos procedimentos. Mas, com o passar do tempo houve, aumento do número de procedimentos no sistema de rede credenciada, o que indica que a rede aprendeu a induzir demanda mesmo com a mudança nas regras. Por volta do mês 36, a demanda dos três tipos de serviço voltou aos níveis anteriores no sistema de rede credenciada o que tornou impossível a manutenção dos preços da prestadora de serviços odontológicos. Foi quando optou-se pelo modelo de serviço próprio como uma tentativa de reduzir os custos.

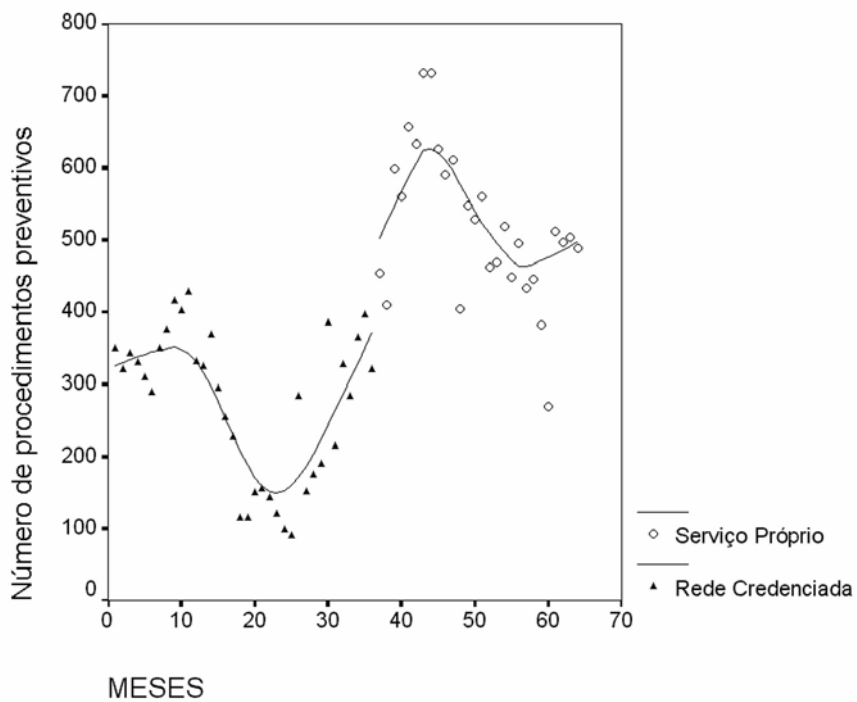


Gráfico 2: Tendência temporal do número de procedimentos preventivos.

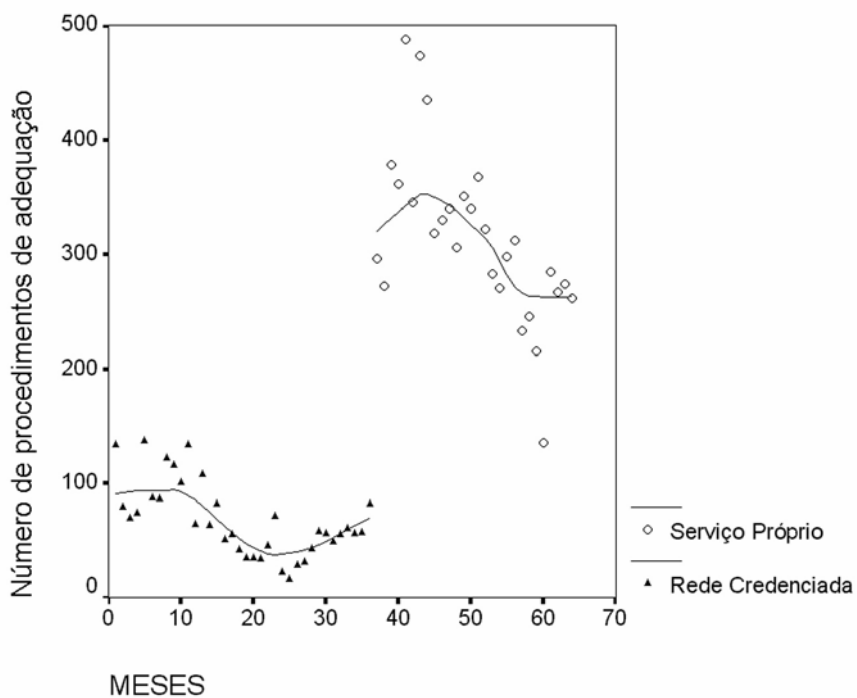


Gráfico 3: Tendência temporal do número de procedimentos de adequação do meio bucal.

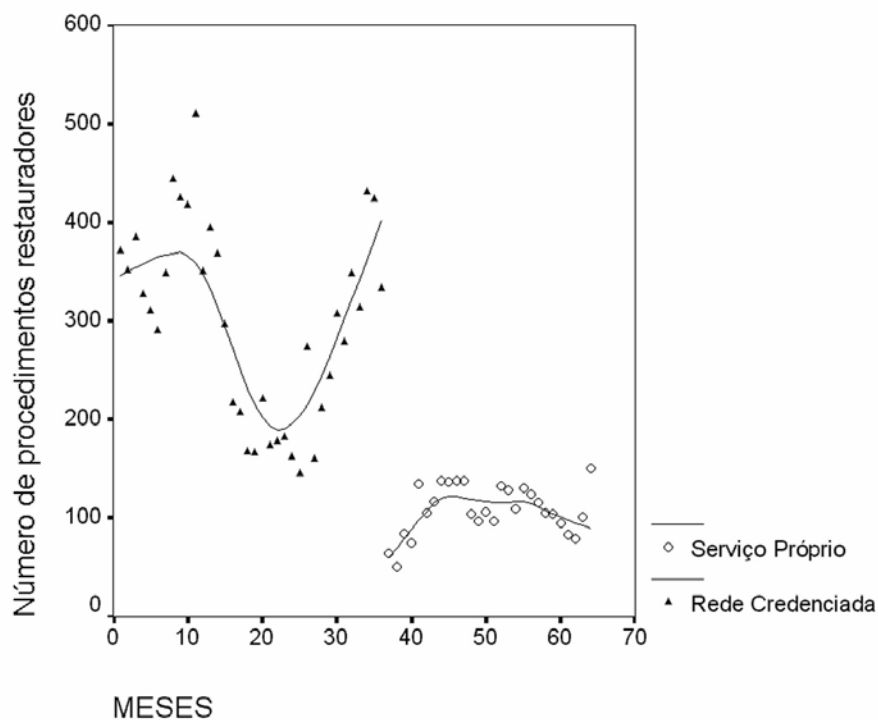


Gráfico 4: Tendência temporal do número de procedimentos restauradores.

Discussão:

Vários estudos têm-se preocupado em avaliar os impactos econômicos e assistenciais das diferentes formas de remuneração em odontologia (25-30), mas a comparação de planos de saúde que atuam com taxas por serviço ou capitação com um serviço próprio com base em salários para os dentistas ainda não foi avaliada pela literatura internacional. Por isso o presente estudo apresenta uma discussão inicial dos possíveis efeitos da troca de um plano de saúde terceirizado com pagamento por taxas por serviço por um serviço próprio de odontologia onde os dentistas desse serviço passam a ser funcionários da empresa.

As diferenças nos perfis de assistência entre os dois serviços foram evidentes; principalmente entre os procedimentos que compõem o maior volume de atendimentos que são as áreas de diagnóstico, prevenção, adequação do meio bucal e restauradora (tabela 1). Juntos, esses 4 grupos de procedimentos totalizaram mais de 90% dos

atendimentos em ambos os sistemas, mas nota-se uma distribuição percentual muito diferente entre o sistema de taxas por serviço e o de serviço próprio (Gráfico 1).

Existe ainda a argumentação de que a diminuição dos procedimentos restauradores e que o aumento de procedimentos preventivos e de adequação (tabela 1) observados no serviço próprio em relação à rede credenciada ocorreram porque a demanda de tratamentos restauradores já tivesse sido suprida pelo modelo anterior (rede credenciada). A análise dos gráficos 2, 3 e 4 que mostra a ocorrência temporal de procedimentos preventivos, de adequação e restauradores respectivamente mostra que essa hipótese não se aplica, pois há uma ruptura brusca nos padrões de utilização desses 3 tipos de serviços, o que demonstra a diferença de paradigma de tratamento utilizado pelos dois sistemas: o serviço próprio, mais preventivo e conservador; e a rede credenciada, mais invasiva e restauradora. Essa mudança nos padrões da assistência fornecida pelos dois sistemas também pode ser observada no gráfico 1.

A tabela 3 mostra o ganho de novas áreas de atuação com a implantação do serviço próprio: o tratamento de disfunção têmporo-mandíbular e a ortodontia preventiva e interceptativa. Isso foi possível porque antes da adoção do serviço próprio, na ocasião do levantamento das condições de saúde bucal dos usuários do plano feita em 2002, pode-se detectar essa demanda e o desejo da população em questão. Com isso, montaram-se protocolos embasados em evidência que otimizassem os recursos do plano(12). Essa forma de gestão, preocupada em montar um serviço de baixo custo, mas que atendesse os desejos dos funcionários, provavelmente ajudou na boa avaliação da pesquisa de satisfação.

A tabela 3 mostra que cirurgias periodontais mais simples (somente gengivectomia era coberta pela rede credenciada) diminuíram para dar lugar a cirurgias periodontais mais avançadas (aumento de coroa clínica, enxertos, regeneração óssea, cirurgias a retalho, etc) e cirurgias orais menores (apicetomia, remoção de pequenos cistos e lesões). Isso demonstra mais uma vez que o serviço próprio pode ser montado para atender características específicas de cada população, graças a um levantamento

epidemiológico prévio da população em questão. Tal expediente aumenta muito a resolutividade do serviço, pois os recursos podem ser alocados para procedimentos mais especializados e de pequena demanda. Outra demonstração de aumento da resolutividade do serviço próprio em relação à rede credenciada é observada também na tabela 3 que mostra uma diminuição de consultas a especialista fora do serviço e a diminuição de internações em bloco cirúrgico hospitalar, as quais, embora pouco freqüentes, têm um grande impacto nos custos (tabela 4).

Na tabela 4 observa-se que o serviço próprio reduziu os custos em cerca de 36% e ainda houve um aumento de mais de 30% no número total de procedimentos, o que fez o custo por procedimento reduzir em mais da metade. O motivo da redução de custos é a remoção do componente de lucro da operadora. Apesar do sistema de salários ser acusado de ser menos produtivo(27), não houve prejuízo no número total de procedimentos quando da adoção do serviço próprio.

Outros estudos que compararam o sistema de taxas por serviço com capitação, que também tem uma população fechada por profissional, mostram que o serviço de capitação diminuiu a quantidade de procedimentos(30) e isso não aconteceu no serviço próprio analisado no presente estudo. Esse fenômeno talvez tenha acontecido porque no serviço de capitação quem assume o risco financeiro de um maior número de atendimentos é o profissional(3) e no serviço próprio com remuneração com fixa quem assume o risco financeiro é a própria empresa. No caso de um serviço próprio a empresa tem o controle do número de procedimentos, pois a demanda é diretamente proporcional ao número de profissionais que ela contrata, bem como mais da metade dos custos estão ligados ao pagamento da equipe (tabela 4), logo a empresa pode ajustar a oferta de serviços com alta previsibilidade nos custos. Esse fenômeno também é observado na população como um todo quando do ingresso de novos profissionais no mercado(31).

É importante ressaltar as limitações metodológicas desse estudo:

- Os dados em relação ao serviço anterior foram fornecidos pela empresa que fazia assistência odontológica com sistema de rede credenciada e os dados do serviço próprio foram coletados diretamente nos prontuários por um profissional não relacionado com o serviço. Essa diferença de métodos de coleta pode ter gerado algumas distorções na captação dos dados;
- Esse estudo não é um ensaio clínico aleatório e sim uma análise retrospectiva de um plano de saúde de uma empresa. Embora a população seja na sua maior parte a mesma, existe uma taxa de renovação no plano que pode influenciar os resultados, outro componente de viés é que o serviço subsequente pode aprender com as falhas do serviço anterior;
- Não existem estudos comparando os efeitos da troca de um sistema de rede credenciada com taxas por serviço por um serviço próprio, o que faz desse um caso isolado que inicia uma nova discussão. Logo, mais estudos são necessários para determinar os fatores que influenciam esse tipo de abordagem em diferentes realidades e diferentes populações. Deve-se ressaltar que a implantação de um serviço odontológico próprio sem o mesmo grau de planejamento pode resultar em fracasso;
- As observações são de natureza ecológica, logo devem-se tomar cuidados com inferências no nível individual.

Existe uma carência de estudos de avaliação econômica em odontologia nos países em desenvolvimento e existe uma necessidade da filosofia de odontologia embasada em evidência ser confirmada por serviços de saúde(32). Dentro desse contexto, esse estudo lança uma nova discussão para diminuição de custos odontológicos nas empresas bem como uma mudança de paradigma assistencial nos sistemas de atenção à saúde bucal. Outras situações de implantação de serviços próprios com filosofias de promoção de saúde bucal em empresas devem ser analisadas para verificar viabilidade desse tipo de assistência, bem como para

descobrir as variáveis que influenciam no sucesso ou fracasso desse tipo de abordagem.

Agradecimentos:

O autor gostaria de agradecer ao grupo CHOICE da Organização Mundial da Saúde (em especial Chandika Indikadahena) por compartilhar as informações sobre paridade de poder de compra do ano de 2003, e aos professores Bruce Bartholow Duncan, Carisi Anne Polanczyk, Ronaldo Bordin e Jandyra Fachel por suas sugestões na elaboração desse artigo. O autor também gostaria de agradecer ao Hospital Moinhos de Vento e à empresa Salutaris por apoiarem esta pesquisa e permitirem o acesso a suas bases de dados.

Referências Bibliográficas:

- (1) Conselho Federal de Odontologia. Total de profissionais por CRO. Conselho Federal de Odontologia 2008 March 5 [cited 2008 March 5]; Available from: URL: http://www.cfo.org.br/estatistica/tot_prof_cro.cfm
- (2) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003. 2003.
- (3) Soria ML, Bordin R, da Costa Filho LC. [Different forms of payment systems for dental services and their impact on care]. Cad Saude Publica 2002 Nov;18(6):1551-9.
- (4) Mercer Human Resource Consulting. Pesquisa Mercer Saúde 2004. 2004 Nov.
- (5) Hewitt Associates LLC. Pesquisa Hewitt de Benefícios e Administração. 2005 Sep.
- (6) Rosenberg C. O insustentável custo da saúde nas empresas. Exame 2005 Aug 3;ed 848(3-Ago):100-5.
- (7) Kaiser Family Foundation. Employer Health Benefits 2005 Annual Survey. Kaiser Family Foundation 2005 September 14 [cited 2006 Jan 11]; Available from: URL: <http://www.kff.org/insurance/7315/>
- (8) Gabel J, Claxton G, Gil I, Pickreign J, Whitmore H, Finder B, et al. Health benefits in 2005: premium increases slow down, coverage continues to erode.

The average cost of family coverage now exceeds the average yearly income of minimum-wage Americans. *Health Aff (Millwood)* 2005 Sep;24(5):1273-80.

- (9) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996 Jan 13;312(7023):71-2.
- (10) Richards D, Lawrence A. Evidence based dentistry. *Br Dent J* 1995 Oct 7;179(7):270-3.
- (11) Petitti DB. Advanced Cost-Effectiveness Analysis. In: Petitti DB, editor. *Meta-Analysis, Decision Analysis and Cost-Effectiveness Analysis: Methods for Quantitative Synthesis in Medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000. p. 182-201.
- (12) Edejer TT, Baltusen R, Adam T, Rutubessy R, Acharya A, Evans DB, et al. Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. World Health Organization 2003 [cited 2006 Jan 12];1-318. Available from: URL: http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf
- (13) World Health Organization. WHO-CHOICE. World Health Organization 2006 [cited 2006 Jan 12]; Available from: URL: <http://www.who.int/choice/en/>
- (14) Dumitresco A, Granados A, Wallace J, Watson S. Demand-driven evidence network in Europe. *Bull World Health Organ* 2006;84(1):2.
- (15) World Health Organization. Purchasing Power Parity 2000. World Health Organization 2006 [cited 2006 Feb 21]; Available from: URL: <http://www.who.int/choice/costs/ppp/en/index.html>
- (16) Banco Central do Brasil. BCB -Séries Temporais. Banco Central do Brasil 2006 [cited 2006 Jan 12]; Available from: URL: <http://www4.bcb.gov.br/pec/series/port/>
- (17) Kriger L. *Promoção de Saúde Bucal*. 2ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda.; 1999.
- (18) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Preventing Dental Caries in Children at High Caries Risk: Targeted prevention of dental caries in the permanent teeth of 6-16 year olds presenting for dental care. 2005. Report No.: 47.
- (19) Drisko CL, Cochran DL, Blieden T, Bouwsma OJ, Cohen RE, Damoulis P, et al. Position paper: sonic and ultrasonic scalers in periodontics. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. *J Periodontol* 2000 Nov;71(11):1792-801.
- (20) Loesche WJ. Role of *Streptococcus mutans* in human dental decay. *Microbiol Rev* 1986 Dec;50(4):353-80.
- (21) Mjor IA, Gordan VV. A review of atraumatic restorative treatment (ART). *Int Dent J* 1999 Jun;49(3):127-31.
- (22) Kalf-Scholte SM, Van Amerongen WE, Smith AJ, van Haastrecht HJ. Atraumatic restorative treatment (ART): a three-year clinical study in Malawi--comparison of conventional amalgam and ART restorations. *J Public Health Dent* 2003;63(2):99-103.

- (23) Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996 Aug;24(4):231-5.
- (24) Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of unerupted and impacted third molar teeth. 1999. Report No.: 43.
- (25) Soria ML. Remuneração de serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. In: Schreiner M, Soria ML, Gottardo MCR, Franco JCQ, editors. *Gestão financeira em saúde: remuneração e custos*. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2001. p. 39-91.
- (26) Guay AH. The implementation of managed care in dentistry. *J Am Coll Dent* 1995;62(2):11-3.
- (27) Grytten J. Models for financing dental services. A review. *Community Dent Health* 2005 Jun;22(2):75-85.
- (28) Mellor AC, Coventry P, Worthington HV, Holloway PJ, Lennon MA. The capitation study. 3. The views of participating dentists and the profession. *Br Dent J* 1990 Apr 7;168(7):303-5.
- (29) Lennon MA, Worthington HV, Coventry P, Mellor AC, Holloway PJ. The Capitation Study. 2. Does capitation encourage more prevention? *Br Dent J* 1990 Mar 10;168(5):213-5.
- (30) Holloway PJ, Lennon MA, Mellor AC, Coventry P, Worthington HV. The capitation study. 1. Does capitation encourage "supervised neglect"? *Br Dent J* 1990 Feb 10;168(3):119-21.
- (31) Cordes DW, Doherty NJ. Attributes of growth in the U.S. dental economy, 1950-89. *J Dent Educ* 1991 Oct;55(10):649-54.
- (32) Coulter ID. Evidence-based dentistry and health services research: is one possible without the other? *J Dent Educ* 2001 Aug;65(8):714-24.