



**AUDITORIA ODONTOLÓGICA: UMA
FERRAMENTA DE GESTÃO EM
SAÚDE SUPLEMENTAR**

1. INTRODUÇÃO

O advento da Revolução Industrial que concentrou os trabalhadores em um espaço fechado de trabalho e promoveu a supervalorização das máquinas em detrimento do homem, levou as classes trabalhadoras, que já padeciam com a falta de cuidados básicos, a uma catastrófica condição de saúde (SEIXAS, 2001).

No mundo em desenvolvimento, o atual conjunto de unidades de assistência odontológica, notadamente no setor público, surgiu de maneira gradativa a partir de dois condicionantes principais: a pressão por empregos das corporações profissionais que são grupos mais bem estruturados dentro da sociedade e a inevitabilidade de proporcionar um mínimo de serviços para atender à demanda real por parte das camadas populacionais de baixa renda (PINTO, 1989).

No Brasil, cuja história é permeada pelas crises econômicas, e que tem um enorme contingente de pessoas desprovidas de recursos financeiros, frequentemente a oferta de alguns serviços é maior do que a procura. E esse quadro marcou a atividade odontológica durante muito tempo um grande número de clínicas e unidades odontológicas montadas e uma fraca demanda pelos serviços prestados pelos profissionais da área. Assim, e para diminuir a ociosidade das unidades odontológicas, foram propostos os planos de sistemas de pagamento por terceiros, cujo objetivo final é o financiamento da assistência odontológica. O objetivo de financiamento não é diminuir o valor dos honorários profissionais, mas financiá-los, promovendo a melhor distribuição dos serviços voltados à manutenção da saúde bucal (SEIXAS, 2001).

A assistência à saúde no Brasil é realizada tanto pelo serviço público quanto pelo privado. Mais especificamente, podemos afirmar que a atenção daquilo que nossa Constituição define como “dever do estado e direito de todo cidadão” se dá 74% no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) e 26% por conta do chamado Sistema Suplementar de Saúde, que é composto por empresas privadas popularmente conhecidas como “convênios”. Em outras palavras, um em cada quatro brasileiros não confia no atendimento médico-odontológico dado por instituições públicas e opta por um sistema privado.

Há uma preocupação mundial pelo fato que os gastos com saúde estão crescendo acima da taxa de inflação. Isso tem feito com que algumas empresas diminuam os benefícios que oferecem a seus empregados com planos de saúde ou alterem suas estratégias de oferta de serviços de saúde a fim de reduzirem custos. Apesar dessa preocupação, a oferta de odontologia está aumentando nas empresas, mas o co-pagamento pelos funcionários para obtenção desse benefício tem aumentado.

Ao mesmo tempo, nas últimas quatro décadas, o conceito de assistência à saúde passou por uma verdadeira revolução e mudou tanto quanto mudou a sociedade. O compromisso com a qualidade de vida e a tecnologia no final do século passado, levou ao surgimento de diversas operadoras de planos de saúde.

O Sistema Suplementar de Saúde, que tanto pode ser custeado pelo próprio indivíduo, quanto por uma empresa, é composto por quatro grandes segmentos: cooperativas, medicina/odontologia de grupo, seguradoras e autogestões.

A Lei nº 9.656, sancionada em 3 de junho de 1998, marcou o início da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde e motivou diversas ações no sentido de enquadrar os planos de saúde às regras estabelecidas pela nova legislação (BRASIL, 1998).

Com o aumento do número de empresas de convênio odontológico, a auditoria vem ganhando destaque também na área de atuação da odontologia, pois tais empresas necessitam estabelecer regras contratuais que permitam controlar os custos e a qualidade dentro de preceitos éticos e legais (SEIXAS, 2001).

A auditoria odontológica é um ramo da odontologia que vem crescendo no decorrer dos últimos anos. Devido ao grande aumento no número de planos de saúde do mercado que oferecem cobertura para a saúde bucal, o exercício da auditoria se faz cada vez mais necessário. É um processo educativo, que visa o cumprimento das normas e itens contratuais entre empresas, credenciados e usuários. Para que isso ocorra, são necessárias algumas ferramentas de trabalho, sendo a principal delas a auditoria clínica.

A maior parte da população ainda não está habituada aos procedimentos periciais, tanto médicos, como odontológicos, e isso é um entrave nessa relação. O paciente questiona, todo momento, a necessidade de uma auditoria que o obriga a se deslocar até outro consultório para ser novamente examinado. Nessa hora, sempre é importante lembrar que,

dentre outras coisas, a auditoria é um instrumento de proteção ao próprio paciente, que o protege de procedimentos que não tenham uma correta indicação técnica.

A auditoria odontológica não é um tribunal de punições, nem um organismo ditador de normas, serve a um fim mais nobre e elevado, que é o de promover a qualidade da atenção odontológica e da educação profissional (LIVRAGHI, 1983).

Entende-se que o estágio atual da auditoria deva ser caracterizado por função opinativa, enfatizando assim os pressupostos de qualificação técnica e atributos especiais exigidos do auditor, bem como o elevado nível de exigência dos usuários e a necessidade crescente de agregação de valor para os clientes.

Para o cumprimento desta missão, o auditor precisa conhecer profundamente o negócio do cliente e as áreas de risco às quais ele próprio está sujeito e, conseqüentemente, dimensionar o risco da auditoria. É importante conciliar às funções do auditor, o atendimento às demandas dos usuários sem perda de independência. Assim, é possível agregar valor para o cliente, sem desviar o foco da responsabilidade pública e social.

Atualmente, percebe-se que, em função do crescimento das atividades das empresas, cresceu a procura por bons profissionais de auditoria, não só para verificar possíveis falhas, mas para fazer sugestões de correção para um melhor desempenho da empresa. Dessa forma, a auditoria mostra-se um meio de confirmação da eficiência dos controles das empresas que tranquiliza a administração e garante negócios seguros e claros aos investidores.

Uma das ferramentas de qualidade mais eficientes para aprimorar um sistema de gestão é a auditoria. Esta, quando bem aplicada, diagnostica não conformidades no sistema avaliado e oferece bases para a melhoria da gestão. É importante destacar que estas avaliações devem ser executadas por profissionais capacitados, que apresentem além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, entre outros. As colocações e ações por parte destes profissionais devem ser embasadas por princípios científicos da especialidade a ser avaliada. O parecer emitido deve ser construtivo, no sentido de auxiliar a melhoria contínua do sistema de qualidade dos serviços da empresa (NORONHA, 2003).

Diante das grandes mudanças organizacionais, fica claro que não basta ao auditor atuar em conformidade com as normas e padrões estabelecidos, é preciso avaliar se estes continuam atendendo aos usuários ante a multiplicidade de demandas existentes hoje

(PINHO, 2001). Ou seja, também as normas e padrões precisam estar sob contínua avaliação de modo a mantê-los ajustados às transformações da realidade.

As atribuições do auditor resultam da convergência de aspectos técnicos para a execução dos trabalhos, de aspectos comportamentais do profissional e de aspectos atitudinais e culturais do auditado (PINHO, 2001). No campo legal, ainda não existe um código ou regimento específico para a auditoria odontológica, o que existe, e deve ser respeitado sempre, é o Código de Ética Odontológica, que está acima de qualquer cirurgião-dentista, plano de saúde ou item contratual.

Como em toda profissão, para um auditor há normas de conduta a serem seguidas. Tais normas abrangem, entre outros itens, a necessidade da competência técnico-profissional, da independência, do zelo profissional. No entanto, não há - para os novos profissionais ou mesmo para os que já estão no mercado - meios de informação que versem sobre a satisfação do profissional de auditoria no Brasil.

A auditoria odontológica envolve mudanças nas atitudes, objetivos e ações das pessoas e serve para manter a saúde financeira das operadoras de planos odontológicos, além de fornecer dados estatísticos para a melhoria da gestão.

2. METODOLOGIA

O processo metodológico que subsidiou este artigo está calcado em uma pesquisa exploratória construída através de uma revisão bibliográfica exaustiva. Na condução da fundamentação teórica, foi necessária uma amostra bibliográfica diversificada, capaz de sustentar a afirmação proposta e oferecer credibilidade, conformidade e consistência ao objetivo apresentado, subsidiada por uma literatura chancelada pela comunidade científica.

Para o embasamento teórico desta revisão bibliográfica, priorizou-se a busca de fontes bibliográficas oriundas de revistas científicas, redes eletrônicas, dissertações e teses.

3. OS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL

Para melhor entendimento da conformação do sistema de saúde brasileiro e do desenvolvimento do setor de saúde suplementar, considera-se conveniente uma rápida análise sobre as formas de organização de outros sistemas de saúde no mundo. Na observação dos sistemas nacionais da Espanha, dos Estados Unidos e outros, por exemplo, verifica-se que há

uma grande variação na constituição de suas bases, com diversas possibilidades de composição entre os setores público e privado.

Em resumo, podem ser listados três tipos de sistemas de saúde:

- sistemas inteiramente ou majoritariamente públicos - sistemas de saúde de acesso universal, financiados pela totalidade da população através do pagamento de tributos e cuja provisão de serviços é pública;
- sistemas de seguro social obrigatório - sistemas de saúde organizados pelo Estado e financiados pela contribuição de empregadores e empregados, com provisão de serviços privada;
- sistemas de caráter privado - sistemas de saúde financiados por parte da população e pelos empregadores, sem obrigatoriedade de contribuição e cuja provisão de serviços é geralmente privada.

O setor de saúde no Brasil é formado por um sistema público, financiado pelo Estado por intermédio do Sistema Único de Saúde, e por um sistema privado, denominado de saúde suplementar, cujos financiadores são as operadoras de planos de assistência médica e seus clientes.

O sistema público é baseado no princípio da universalização de acesso à saúde, garantido a todos os cidadãos pela Constituição Federal, promulgada em 5 de outubro de 1988. Para atingir esse objetivo, a Constituição elegeu o Estado como principal ator. O artigo 196 determinou que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" e o artigo 197 dispôs que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabe ao poder público regular, fiscalizar e controlar (BRASIL, 2004).

O texto constitucional também considerou, por meio do artigo 199, as instituições privadas como participantes do sistema de saúde brasileiro: "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste." O sistema de saúde privado, formado pelas operadoras de planos e seguros-saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e médicos, complementa, portanto, o sistema público, como sistema supletivo de atenção à saúde.

Assim, embora tenha determinado a importância fundamental do papel do Estado na saúde, a Constituição considerou a existência de um subsistema privado, complementar ao sistema público. Nele, os serviços médico-hospitalares de entidades privadas e dos

profissionais (médicos, dentista e outros) são comprados pelas operadoras de convênios.

4. A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A aprovação da Lei n^o 9.656/98 suscitou inúmeros tensionamentos e disputas. Tentativas anteriores para o estabelecimento de regras de relacionamento entre o setor público e o setor de saúde suplementar foram infrutíferas pelas dificuldades operacionais envolvidas, ou pela pressão das entidades representativas das operadoras e de prestadores que não tinham interesse nessa regulação. Na vigência da lei, foram estabelecidas regras, definidos padrões de oferta de serviços, medidas de saneamento dos planos e definidas regras de ressarcimento ao SUS, dentre outras (SANTOS, 2006).

Entende-se por setor de saúde suplementar, portanto, aquele que não é financiado diretamente pelo Estado, no caso do Brasil, via SUS, e no qual ocorre participação de entidades (públicas ou privadas) ou órgãos públicos intermediando e auxiliando no processo de assistência.

De acordo com o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), que regulamenta as operadoras de seguros ou planos privados de assistência à saúde, as operadoras do mercado privado de assistência à saúde são classificadas nas seguintes modalidades:

- operadoras de seguros de saúde: são exclusivamente as seguradoras, constituídas conforme legislação para a atividade de seguros, e que oferecem obrigatoriamente o reembolso das despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas em todos os seus planos do ramo saúde;
- operadoras de planos de saúde: são empresas constituídas sob quaisquer formas jurídicas, que comercializam planos de assistência à saúde, atuando nessa atividade, podendo fornecer adicionalmente prestação de serviços médico-hospitalares e/ou odontológicos diretos ou indiretos;
- operadoras de planos odontológicos: são empresas constituídas sob quaisquer formas jurídicas que comercializam planos odontológicos, atuando exclusivamente nessa atividade, podendo fornecer a prestação direta ou indireta de serviços odontológicos;
- operadoras de autogestão principal: são empresas que atuam em quaisquer atividades, que oferecem planos de assistência à saúde exclusivamente a seus funcionários ativos, aposentados, pensionistas, ex-empregados, e seus respectivos grupos familiares, limitados ao

terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, ou ainda associações nas quais os seus associados são vinculados a um mesmo empregador, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;

- operadoras de autogestão derivada: são as entidades de classes, sindicatos ou associações, não abrangidas no item anterior, que oferecem planos de assistência à saúde a seus participantes e dependentes;
- empresas administradoras de planos de saúde: são operadoras que administram planos de assistência à saúde, financiados por quaisquer empresas, sem assumir os riscos dos sinistros.

As operadoras compram dos prestadores de serviços da área de saúde (médicos, dentistas, laboratórios, clínicas, hospitais etc.) serviços como consultas, exames, internações, cirurgias, tratamentos, entre outros. Para tanto, dispõem de carteira de clientes (conveniados ou segurados) que, a partir de contratos, remuneram as operadoras de planos e seguros-saúde por meio de mensalidades.

Há uma ampla gama de planos e seguros de saúde que são oferecidos aos consumidores, cada um se distingue pela cobertura de rede de serviços oferecida, padrão de conforto, carências, valor, entre outros diferenciais.

São os convênios médicos que, praticamente, financiam o setor privado de saúde, já que chegam a ser responsáveis por 80% a 90% do faturamento dos maiores hospitais privados do país.

Há também um rol de procedimentos, que é uma listagem dos procedimentos em saúde cuja cobertura é garantida a todos os usuários dos planos adquiridos a partir de 2 de janeiro de 1999. O rol de procedimentos odontológicos é o equivalente ao rol de procedimentos médicos e foi elaborado para regulamentar os eventos em odontologia, em consonância aos artigos 10 e 12 da Lei 9.656/98.

Ambos são revisados periodicamente por Câmaras Técnicas designadas especificamente para este fim, que contam com a participação de representantes dos diversos segmentos da sociedade envolvidos na assistência à saúde suplementar.

A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em novembro de 1999 através da MP n^o 1.928, de 25 de novembro de 1999 (BRASIL, 1999), aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei n^o 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000a), representou o início do estabelecimento de uma jurisprudência reguladora das operadoras de

planos privados de assistência médica (COSTA et al, 2002) e foi constituída com sede na Cidade do Rio de Janeiro.

A ANS está subordinada ao Conselho de Saúde Suplementar, instância deliberativa e interministerial do Governo Federal. É acompanhada pela Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo com participação de todos os segmentos, inclusive o Conselho Federal de Odontologia (CFO), se fazendo presente em todos os momentos da regulamentação da nova legislação, servindo de parâmetro para a tomada de inúmeras decisões referentes à odontologia.

Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n^o 39, de 27 de outubro de 2000, da ANS, as operadoras de planos de saúde são classificadas em (BRASIL, 2000b):

- 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 de planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.
- Cooperativas médicas – são classificadas pelas sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n^o 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam planos privados de assistência à saúde.
- Cooperativas odontológicas – são classificadas pelas sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n^o 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente planos odontológicos.
- Autogestão – é a modalidade nas quais 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, responsabilizando-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.

- Medicina de grupo – são classificadas nessa modalidade as empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde, excetuando-se as administradoras, as cooperativas médicas, as autogestões e as entidades filantrópicas.
- Odontologia de grupo – trata-se de empresas que operam exclusivamente planos odontológicos para órgãos públicos, entidades, empresas privadas, indivíduos e famílias; excetuando-se as cooperativas odontológicas. A estrutura de atendimento é esquematizada em serviços próprios e/ou credenciados.
- Filantropia – refere-se às entidades sem fins lucrativos que oferecem planos privados de assistência à saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica fornecida 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.

A regulação da saúde suplementar é uma categoria que emerge da administração pública e que, a despeito dos mecanismos de funcionamento do mercado, surge, de acordo com Crozier (1989), para garantir “os meios de seu estabelecimento, de sua manutenção e de seu desenvolvimento em função de circunstâncias sempre novas”.

5. A ODONTOLOGIA

Até cerca de sessenta anos atrás, o profissional que cuidava dos problemas de saúde bucal atuava de forma empírica, sem nenhum rigor formal. O que importava era ter experiência na área e ter muita habilidade manual. Os tratamentos serviam, basicamente, para aliviar a sensação dolorosa, sendo, geralmente, mutiladores.

O progresso científico fez com que a odontologia se desenvolvesse, saindo do empirismo e passando a adquirir base científica. Os profissionais dessa área passaram a ser formados em escolas de nível superior, sendo preparados, predominantemente, para atuarem como autônomos.

O exercício profissional da odontologia no Brasil foi regulamentado pela Lei n^o 5.081, de 24 de agosto de 1966 (BRASIL, 1966). Na década de 80, a prática odontológica começou a sofrer as principais alterações que caracterizariam o novo perfil da profissão nos anos seguintes: crescimento do número de especialistas, surgimento de intermediários na

negociação entre profissional e paciente, a proliferação de clínicas odontológicas e de cirurgiões-dentistas e o desenvolvimento do conceito de saúde bucal coletiva.

Atualmente, as formas de inserção do cirurgião-dentista no processo social de produção são as seguintes: como trabalhador autônomo, como consultor, como participante de uma sociedade, como empregado e como servidor público. Alguns optam por uma carreira acadêmica, outros trabalham como empresários, outros trabalham como servidores públicos fora da área odontológica, enfim, essa variação vai depender de oportunidades e dos objetivos de cada profissional.

O cirurgião-dentista autônomo trabalha no setor privado de assistência à saúde. Esse profissional pode trabalhar em consultório próprio, alugar um consultório ou arrendar consultório de um colega. Neste regime de trabalho, o cirurgião-dentista pode atender qualquer tipo de paciente. Existem os pacientes particulares que pagam o tratamento diretamente para o profissional e aqueles usuários de algum tipo de plano de assistência odontológica, que pagam o tratamento indiretamente, por meio de operadoras.

A atividade do profissional liberal pode ser exercida como pessoa física na forma de autônomo ou prestando serviço à pessoa jurídica de direito público ou privado, sendo que, neste caso a responsabilidade técnica é do profissional liberal.

O cirurgião-dentista tem exercido sua profissão, predominantemente, no setor privado. Quando trabalha como autônomo, é detentor da sua força de trabalho e dos meios de produção, e tem plena liberdade para negociar com seus pacientes o valor a ser pago pelos serviços realizados.

A prática odontológica puramente autônoma está em processo de transformação. Observa-se uma corrente de mudanças no setor público e outra no setor privado. No setor público, há uma tendência de ampliação dos serviços odontológicos na área preventiva. No setor privado, existe uma tendência de crescimento dos serviços intermediários por entidades públicas ou privadas. O grande fator que contribui e estimula o desenvolvimento dessas duas correntes é o baixo poder aquisitivo da população.

Cordón (1998) ressalta que o trabalho odontológico atual é fortemente dependente dos avanços tecnológicos da sociedade. Os equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentais usados na prática odontológica apresentam níveis crescentes de sofisticação, o que eleva os custos do trabalho odontológico e dificulta a sua expansão.

O cirurgião-dentista auditor é aquele que pode estar enquadrado em qualquer uma das situações já relatadas e que, paralelamente, desenvolve a atividade de auditor interno ou externo.

6. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA SUPLEMENTAR

A assistência odontológica suplementar faz parte do setor de saúde suplementar e refere-se a toda prática odontológica não financiada diretamente pelo Estado e/ou intermediada por órgãos públicos e entidades (públicas e privadas).

As mudanças que estão ocorrendo no mercado de trabalho do cirurgião-dentista estão relacionadas com diversos fatores. O desenvolvimento da odontologia suplementar favorece o surgimento de mais uma opção de trabalho assalariado para o cirurgião-dentista, principalmente em períodos de perda do poder aquisitivo da população. A regulação do setor de saúde suplementar pelo Estado é um importante aspecto que deve ser avaliado, considerando que os interesses capitalistas podem suplantar os direitos sociais.

Para Mendes (2005), os planos de saúde no Brasil, desde o seu surgimento, sempre operaram sem qualquer regulamentação oficial. Ao longo dessa 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 (ANS) surge em 1999 com o objetivo de regular as operadoras de convênios e planos de saúde.

A partir da caracterização da assistência odontológica suplementar, surgem as empresas odontológicas com o objetivo de obter o maior lucro possível num mercado onde há inúmeros cirurgiões-dentistas e principalmente uma infinidade de pessoas sem acesso ao atendimento odontológico. Muitos profissionais se aproveitam 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.

Atualmente, existem algumas opções para o profissional que decide ofertar seus serviços por meio de uma operadora de planos odontológicos. Ele pode optar entre uma odontologia de grupo, uma cooperativa odontológica, uma autogestão, uma administradora de serviços, ou uma operadora de plano médico que também ofereça o produto odontológico, bem

como uma seguradora, além de poder fazer a opção de se tornar parte da rede credenciada ou da rede própria de uma operadora.

Grec (1999) ressalta que em 1998 o Conselho Federal de Odontologia, constatando uma proliferação de planos de assistência odontológica, introduziu no Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO n^o 151 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 1983), de 16 de julho de 1983, o Capítulo X, cujo tema é “Das entidades Prestadoras de Assistência Odontológica”, onde tenta normatizar e moralizar a prática odontológica em que existe a participação de intermediários.

7. AUDITORIA ODONTOLÓGICA

O conceito de auditoria (*audit*) aplicado à saúde foi proposto por Lambeck em 1956 e tem como premissa a “avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente” (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998).

A auditoria, na literatura especializada, é entendida como uma atividade que pode ser realizada de forma retrospectiva (avaliação), concomitante (monitoramento) e prospectiva (gestão de riscos e conflitos). No discurso prático, essa forma se apresentou com um caráter mais finalístico, sendo concebida e realizada apenas de forma retrospectiva.

Por se tratar de atividade que forçosamente deve acompanhar a evolução das atividades econômicas do homem, tanto o conceito como o enfoque e a metodologia da auditoria sofreram modificações ao longo do tempo. A disseminação desta técnica para diversas dimensões organizacionais como o controle da qualidade e a gestão ambiental também contribuíram para importantes evoluções conceituais.

A maioria dos autores entende a auditoria como uma técnica de avaliação relacionada com a qualidade, como um método científico e também como um componente do processo de trabalho que permite a avaliação da própria prática, tendo, portanto, uma função educativa e construtiva. Na realidade, porém, essa atividade geralmente não é entendida como um componente do processo de trabalho, nem como um método científico, mas é concebida como uma técnica de avaliação limitada, de uma maneira geral, ao aspecto normativo, ou seja, restrita à adequação às leis e normas.

A auditoria é, em síntese, um conjunto de atividades desenvolvidas para controle – auditoria operacional – e para avaliação de aspectos específicos e do sistema – auditoria analítica.

O entendimento da auditoria como um processo constituído por duas faces: analítica (análise documental) e operativa é específico do discurso prático. Para alguns autores, essa atividade é vista, de forma mais abrangente, como um processo cíclico, mais complexo, que se caracteriza como um acompanhamento sistemático constituído de quatro etapas: avaliação da evidência, conhecimento e opinião; observação e comparação com o modelo padrão; ação corretiva; nova observação e comparação.

A fase operativa, caracterizada pela verificação *in loco* e pela elaboração do relatório de auditoria, realiza, também, a comparação com um modelo padrão aproximando-se, portanto, da segunda etapa desse ciclo que é a de observação e comparação.

A atividade de auditoria, apesar de até os dias atuais se caracterizar pela verificação acompanhada de uma comparação baseada em parâmetros, evoluiu da verificação detalhada que tinha como objetivo maior a detecção de fraudes, para a avaliação do próprio controle interno da entidade auditada.

Uma das críticas mais recentes à atividade de auditoria se encontra no fato dessa atividade se concentrar muito no relato dos desvios e não na solução de problemas. A tendência atual é que cada vez mais essa atividade se aproxime da prática da avaliação e não se resuma ao fornecimento de informações, abrangendo a interpretação dessas informações e a identificação de oportunidades para a introdução de aperfeiçoamentos.

As tendências e perspectivas sinalizadas pela literatura especializada para a técnica de auditoria estabelecem novos pontos de convergência com a atividade de controle. Tanto no campo da saúde, como em outros campos do conhecimento, a tendência é que essa atividade, além do monitoramento, seja realizada de forma prospectiva, mediante a avaliação de riscos e a prática de projeções, aproximando-se, mais uma vez, da atividade de controle prévio traduzida pelo planejamento.

Percebe-se, desta forma, que o ambiente rápido de mudanças tecnológicas exige cada vez mais que as atividades de controle, como a auditoria, sofram adaptações à nova realidade e evoluam para contribuir nas atividades de planejamento, programação e análise de riscos,

com o intuito de impedir a ocorrência de desvios e diminuir a necessidade de ações corretivas pós-fato.

No campo da saúde, a auditoria é entendida ora como domínio, controle, sendo realizada através da normatização, fiscalização e ação corretiva, ora como uma atividade de negociação e mediação de conflitos.

Entende-se hoje que a auditoria em saúde tem o objetivo de auxiliar as organizações no processo de gestão, buscando soluções de controle e acompanhamento dos processos internos da instituição de saúde. Propicia às empresas o controle dos erros, dos desperdícios e irregularidades, além de maior segurança aos usuários.

A prática da auditoria em serviços de saúde está sendo implementada pouco a pouco dentro do funcionamento dos sistemas de controle interno das entidades, especialmente nos planos de saúde, evidenciando as verdadeiras funções do auditor e sua importância na engrenagem do sistema de garantia de qualidade em saúde.

Desse modo, a auditoria odontológica é uma disciplina científica que se desenvolve de maneira considerável dentro do mercado de planos de saúde, principalmente na última década.

Segundo Rojas (2002), o controle interno compõe o sistema integrado da organização, de acordo, com a concepção tradicional, focando e permitindo à organização funcionar e exercer adequadamente o processo de gestão. A responsabilidade por sua difusão, implantação e manutenção é do gerente, diretor ou representante legal da organização de saúde.

Mata, Martos e Anzaldi (1996) definem auditoria odontológica como a “confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida para chegar a um relatório de auditoria”.

Noronha (2003) afirma que a auditoria aplicável à área odontológica é uma função de serviço, pois deve estimular boas relações com todos os atores envolvidos no processo, tendo como foco principal a melhoria da qualidade, ao contrário da sua tradição policial, denominada “perícia”.

A auditoria é vista como uma ferramenta imprescindível às operadoras de planos odontológicos não apenas por fornecer um exame de fatos consumados, mas, principalmente, por orientar a otimização dos procedimentos atuais e futuros. Portanto, auditoria é um dos itens chave do sistema, que completa o ciclo de controle com a necessária retroalimentação do

sistema, de forma a permitir que as operadoras mantenham e desenvolvam suas capacidades para a redução dos custos e a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Com o aumento do número de empresas de convênio odontológico, a auditoria vem ganhando destaque também na área de atuação da odontologia, pois tais empresas necessitam estabelecer regras contratuais que permitam controlar os custos e a qualidade dentro de preceitos éticos e legais.

Assim, as responsabilidades do auditor odontológico se desenvolvem em um campo de ação amplo e a ele competem diferentes funções, entre as quais podemos identificar: análise da situação da saúde oral da população, elaboração de políticas de saúde oral, identificação das necessidades e expectativas do usuário frente ao serviço odontológico, análise da oferta odontológica, avaliação dos serviços de saúde e outros (BUSTAMANTE, 2007).

A auditoria odontológica tem como objetivo a análise crítica, ética e sistemática da assistência prestada aos usuários (beneficiários) do sistema odontologia de grupo. Ela se baseia em uma conferência ou verificação do atendimento prestado em relação a padrões de atendimento (indicadores de qualidade) e utilização de normas previamente estabelecidas.

Uma auditoria bem feita otimiza custos e melhora a qualidade dos serviços prestados. A auditoria não é um instrumento de pressão, nem tampouco um controle aleatório de custos. Ela é uma maneira de garantir o atendimento prestado aos usuários do sistema de uma forma racional e ética, seguindo sempre padrões de qualidade pré-estabelecidos.

Para o beneficiário, a auditoria odontológica representa uma segurança adicional pelo controle de qualidade a que seu tratamento é submetido.

A auditoria como controle de qualidade dos tratamentos realizados é reconhecida na legislação vigente, através do Código de Ética Odontológica (Resolução CFO n^o 42/2003); da Resolução RDC n^o 85 de 2001 da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que instituiu o SIP (Sistema de Informação de Produtos); da Lei n^o 8.689, de 27 de julho de 1.993, que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria e da Resolução CFO n^o 20/2001.

A classificação das auditorias é importante para a delimitação das tarefas realizadas e consequentemente das responsabilidades de cada tipo de auditoria, para o adequado registro dos exames realizados e para utilização posterior dos dados e resultados obtidos.

Em qualquer área a que se aplique, a auditoria pode ser classificada de acordo com critérios, cujas definições variam entre os autores consultados na pesquisa. A leitura da listagem, a seguir, permite observar que algumas modalidades são complementares entre si:

Quanto ao tipo:

- Auditoria técnica ou analítica – exame documental do caso: radiografias, ficha clínica, modelos, fotografias, entre outros documentos.
- Auditoria clínica ou operacional – auditoria onde o exame clínico é a principal fonte de informações para avaliação dos procedimentos.
- Auditoria eletrônica – consistência realizada através do sistema operacional da empresa, confrontando dados técnicos inseridos no sistema, histórico bucal do usuário e proposta do tratamento.

Quanto à fase de realização:

- Auditoria inicial – auditoria prévia ao início do tratamento. Analisa cobertura do plano, critérios de indicação e viabilidade do plano de tratamento, bem como sua oportunidade relativamente à saúde bucal do beneficiário.
- Auditoria final – auditoria realizada após o término do tratamento. Observa-se a correspondência com o plano de tratamento autorizado – planejamento e materiais utilizados, quando houver auditoria inicial. Respeita parâmetros estabelecidos nas diretrizes clínicas, relativos à adequação técnica do tratamento.
- Auditoria de acompanhamento – auditoria realizada no curso do tratamento. Trata-se de uma avaliação parcial, que objetiva acompanhar e documentar clinicamente o caso, sendo mais comum nas especialidades de prótese e ortodontia.

Quanto ao resultado:

- Auditoria conforme – todos os itens propostos na ficha clínica são exatamente aqueles realizados (auditoria final) ou a realizar (auditoria inicial) pelo cirurgião-dentista operacional e em condições geralmente aceitas pela odontologia. Verifica o respeito às diretrizes clínicas estabelecidas e utilizadas pela operadora e a veracidade da cobrança.
- Auditoria não conforme – trabalho que esteja em desacordo com as especificações da empresa, administrativa ou tecnicamente inaceitável. Não respeito às diretrizes clínicas ou cobrança inverossímil.

Quanto à natureza:

- Auditoria interna – realizada pelo corpo de auditores da empresa, funcionários contratados com as normas da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).
- Auditoria externa – realizada por rede credenciada de auditores, ou seja, prestadores que trabalham no sistema de credenciamento por contrato de prestação de serviços. Geralmente são remunerados por auditoria realizada.

Quanto à periodicidade:

- Auditoria regular ou ordinária – quando existe uma periodicidade regular na realização das auditorias.
- Auditoria especial ou extraordinária – quando a auditoria é solicitada por suspeita ou comprovação de denúncias e outras demandas.

Quanto à forma:

- Auditoria direta – são as auditorias realizadas pela equipe de auditores responsável pelo setor técnico da operadora.
- Auditoria integrada – são as auditorias realizadas por auditores dos diversos níveis de gestão da operadora.
- Auditoria compartilhada – quando é solicitada a participação de auditores de outras instituições.

Conforme já foi dito, o processo de auditoria odontológica ao mesmo tempo que realiza o controle de qualidade da assistência oferecida, também controla custos, prevenindo abusos nos sinistros e prevenindo e controlando fraudes. Esse processo de fraude envolve a busca de indícios e comprovações, visando sua eliminação e de suas consequências. A fraude prejudica todo o sistema, envolvendo desde o contexto das operações da empresa até o seu relacionamento externo com os clientes.

As fraudes podem ser evitadas através da verificação de conformidades entre coberturas contratuais do plano odontológico e o sinistro, garantindo a rentabilidade do negócio e uma relação mais justa com o usuário. A auditoria odontológica, portanto, envolve o controle de qualidade, identificação de desperdícios, legislação aplicável, Código de Ética Odontológica e atuação dos profissionais.

Como a maioria dos procedimentos em odontologia é rastreável, as operadoras elevaram seus investimentos em tecnologia – bancos de imagens e dados – a fim de tornar a

auditoria mais acurada e poupar o beneficiário do custo da realização da auditoria inicial e final.

8. A FORMAÇÃO DO AUDITOR ODONTOLÓGICO

Falar sobre seleção e formação de um auditor é sempre uma tarefa difícil. Os conceitos gerais fornecidos por diversos cursos e publicações são de grande valia, entretanto, a aplicação desses conceitos em relação ao indivíduo que ocupa o cargo em foco – no caso, o de auditor odontológico – não é tão simples, uma vez que envolve características particulares ligadas à experiência, técnica, comportamentos e principalmente à ética. Aqui se aplica não somente o Código de Ética Odontológica ou Corporativo, mas especialmente a ética – como um conjunto de princípios básicos de vida e convivência.

A conduta ética norteia a auditoria odontológica. O auditor odontológico é ciente de sua responsabilidade na avaliação de um tratamento realizado por um colega e, como tal, sabe das dificuldades e limitações de um tratamento clínico. Em situações divergentes, deve ser solicitado um termo de responsabilidade do cirurgião-dentista, no qual ele assume inteira responsabilidade pelo prosseguimento do caso com acompanhamento clínico e radiográfico, eximindo a credenciante de quaisquer responsabilidades. Nestas situações, o paciente assina declarando ciência e de acordo.

Os auditores devem ter uma qualificação aprimorada, pois os usuários de seus relatórios deverão confiar na integridade de seus conteúdos. Pode-se dizer que a qualificação dos auditores resulta de uma educação formal e informal que inclui treinamento, orientação, experiência, reciclagem de estudo e trabalho etc. Os elementos essenciais na qualificação dos auditores são conhecimento, habilidade, atitude, aptidões, autonomia, entre outros. Uma auditoria em grupo deve exigir qualificação de todos os auditores envolvidos.

Profissionais de saúde que estejam desenvolvendo funções de gerência de contas odontológicas, gerenciamento de rede assistencial, gerenciamento de contratos, credenciamento, gerenciamento odontológico de planos de saúde e atuação em centrais de regulação devem estar qualificados para estas atividades também através desta formação profissional em seu currículo.

A revisão bibliográfica consultada possibilitou-nos construir uma fundamentação teórica coerente com os objetivos propostos por este estudo, contribuindo para traçar um perfil da auditoria odontológica no atual cenário mercadológico, através da contextualização das várias vertentes que compõem o seu entorno.

Nas últimas décadas, a comunidade odontológica incluiu em sua pauta de reflexões e debates as experiências de uma relação de trabalho que se tornou cada vez mais comum, principalmente a partir do final dos anos 80: os convênios e credenciamentos com empresas de planos de saúde odontológicos.

Para alguns estudiosos, a expansão desse subsistema de assistência à saúde no Brasil se deveu a um somatório de causas associadas. De um lado, a impossibilidade de expressiva parcela da sociedade arcar com os pagamentos diretos dos crescentes custos da assistência privada; de outro lado, a incapacidade do sistema público de saúde arcar com tamanho compromisso. Do ponto de vista mercadológico, há autores que apontam a influência e o poder do capital. Nesse enfoque, é preciso reconhecer que os convênios e credenciamentos expandiram-se a partir do momento em que a saúde mostrou-se como um setor de potencial viabilização de lucros.

Assuntos que até poucos anos eram incomuns nos debates da odontologia ganham cada vez maior sustentação científica e experiência técnica, o que passa a promover firme suporte para os trabalhos de profissionais auditores. A abordagem da legislação que trata o assunto, a apresentação de casos e experiências, as discussões sobre as implicações éticas e legais são pontos cruciais para o aprimoramento dos profissionais que lidam nesta área.

Deve-se buscar agregar valor às auditorias, desta forma, certamente, as organizações atingirão patamares desejáveis de melhoria contínua. E agregar valor a uma auditoria significa tornar as informações de seus resultados úteis. As auditorias agregam valor quando são integradas nos negócios e são úteis para o alcance de seus objetivos. Quando se tornam um conjunto burocrático de documentos e regras que não refletem a realidade de trabalho da organização e contribuem para o aumento dos custos sem oferecer resultados que aprimorem o sistema, não agregam valor algum.

Do ponto de vista legal, cabe ao auditor possuir a habilitação legal resumida no título idôneo fornecido por instituição reconhecida, estar inscrito no Conselho Regional de

Odontologia, estar em dia com as obrigações junto ao respectivo CRO e não estar suspenso, por punição, de suas atividades profissionais.

A falta ou a precariedade das auditorias contribui para a existência de procedimentos odontológicos de qualidade duvidosa, classificados como não conformes, muitas vezes com vida útil reduzida. Isto gera, conseqüentemente, o retrabalho, a insatisfação do cliente, o desgaste da imagem profissional do dentista operador frente aos seus agentes de relacionamento e o aumento do custo do benefício oferecido pela operadora de planos odontológicos.

A utilização da auditoria odontológica como importante ferramenta de gestão requer o alinhamento de alguns pontos para quem deseja, efetivamente, buscar uma regulação eficiente, quais sejam: estar atento às exigências de mercado no que diz respeito à interface dos concorrentes, consumidores e prestadores de serviços, capacitação e treinamento permanente para os profissionais que lidam com o sistema, melhor aplicabilidade no uso de técnicas de gestão da qualidade por parte das empresas contratantes; seleção adequada das ferramentas de qualidade aplicáveis à área odontológica, inclusive da própria auditoria.

Ainda em fase de adaptação às características do setor de saúde, a auditoria odontológica carece de melhores definições, com limitações conceituais e bibliográficas. A literatura disponível ainda não oferece base suficiente para o profissional que quer se aprofundar no assunto. Essa é uma grande dificuldade da área, inclusive pelo alto nível de qualificação exigida do auditor. Este é um importante quesito a aprimorar, certamente dependente das instituições formadoras e seus pesquisadores.

