



**Auditoria Odontológica: aspectos
relacionados ao gerenciamento de dados e custos
operacionais.**

Hoje no Brasil cerca de 50 milhões de pessoas têm planos de saúde. Destas, 10 milhões possuem planos exclusivamente Odontológicos. Com essa consolidação dos planos Odontológicos, uma nova carreira foi aberta para o cirurgião-dentista, a do Auditor Odontológico. O fluxo de competitividade econômico-financeiro deste mercado exige do Auditor Odontológico a verificação dos procedimentos que se pagam, evitando abusos por parte do prestador de serviços, sem, contudo, esbarrar em questões éticas que tangenciam esta atividade. Estas avaliações devem ser executadas por profissionais capacitados, que apresentem além do conhecimento técnico-científico, atributos pessoais como imparcialidade, prudência e diplomacia, entre outros. A falta de um protocolo padrão para a realização de auditorias acaba dificultando a atuação destes profissionais, pois ocorrem distorções nas avaliações. Assim a presente pesquisa teve como objetivos relacionar as não-conformidades (Glosas) verificadas aos procedimentos odontológicos das diversas áreas da Odontologia (dentística, periodontia, e demais especialidades odontológicas), mostrando em que área (s) de atuação estão concentradas o maior número de glosas; verificar a viabilidade econômica das auditorias clínicas (Presenciais) em todos os tratamentos solicitados, e como último objetivo a pesquisa esclarece a intervenção do estado, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS) no mercado de saúde suplementar, revisando suas normas atuais para as operadoras de planos odontológicos, e a sua responsabilidade na remuneração da classe odontológica. Este trabalho avaliou 2.283 relatórios de auditorias iniciais arquivados em uma cooperativa de trabalho Odontológico no período de 2002 a 2008 nos meses de janeiro a dezembro, selecionadas aleatoriamente, e analisadas por estatística descritiva. Verificou-se que a dentística é a especialidade responsável por mais da metade das glosas verificadas na amostra, que a auditoria clínica é condenável em todos os orçamentos enviados à operadora pelo cirurgião-dentista, que a influência da agência nacional de saúde (ANS) no mercado de saúde suplementar influencia diretamente na manutenção das operadoras de pequeno e médio porte no mercado de saúde suplementar. Concluiu-se que a dentística é a especialidade clínica com a maior quantidade de glosas na amostra; comprovou a inviabilidade da auditoria clínica (presencial) em todos os tratamentos solicitados, devido à disparidade entre os valores pagos aos auditores e aos

valores totais das não-conformidades; esclareceu a atuação da ANS no mercado de Odontologia suplementar, e que há um desequilíbrio na relação financeira entre operadoras, usuários e cirurgiões-dentistas.



Na década de 1980, houve uma intensa movimentação em torno da reforma do sistema público de saúde, caracterizando-se como uma grande prioridade político-social, com enorme envolvimento da sociedade brasileira e de seus diferentes órgãos representativos (Silva, 2003).

O setor de saúde privado no Brasil não foi observado com cuidado, a princípio pelas mais diversas razões, sendo que a mais provável é a de que o poder público tenha considerado que a fatia da sociedade brasileira com cobertura assistencial através de planos de saúde privados fosse composta de pessoas abastadas, e que poderiam dispensar a proteção do Estado. Entretanto, há que se considerar que, quanto maior fossem os recursos desse setor, financiados fundamentalmente pelas empresas e também diretamente pela própria sociedade, mais recursos sobrariam para a população carente e desassistida pelo setor público. Ou então, prevalecido e reservado a interpretação de quanto maior o crescimento do setor de saúde suplementar, menor a necessidade de recursos públicos para o segmento de saúde do Brasil (Silva, 2003).

O aumento da população de cirurgiões dentistas (CD's) e a diminuição da "clientela" particular foram fatores determinantes na última década para que o segmento Odontológico sofresse sua maior transformação na relação da prestação de serviços entre CD's e seus clientes (Noronha e Salles, 2004).

Nesse novo paradigma de mercado, no qual os elementos envolvidos são duplicados, pela interferência da operadora do plano de saúde e do seu auditor contratado, criam-se novos problemas no segmento odontológico, entre os quais, citam-se as reclamações de dentistas operacionais surpreendidos pela falta de autorização prévia para a execução dos procedimentos que prescreveram, as alterações determinadas pelo auditor sobre a terapêutica proposta, os pagamentos de procedimentos realizados glosados ou suspensos a partir dos pareceres dos seus auditores, bem como a postura não ética destes auditores frente aos pacientes avaliados (Noronha e Salles, 2004).

Mata *et al.* (1996) definem auditoria odontológica como "a confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida para chegar a um relatório de auditoria". Fundamentação esta, reforçada pela definição terminológica conceitual adotada para o sistema de regulação e análise de serviços e produtos.

Silva (1997) destaca que embora a legislação tenha estabelecido a chamada perícia administrativa, que se refere a exames realizados na prática diária, tratando-se de exames ligados às relações decorrentes dos convênios, seria melhor e mais prudente a utilização dos termos "avaliação" ou "auditoria", para não serem confundidos com a perícia em âmbito jurídico.

Angeletti (1999) relatou a existência de "predomínio da não-padronização das avaliações dos procedimentos odontológicos", expôs o problema na tramitação de pareceres, conforme as regras legais e éticas vigentes, como também expressou entre as causas do mau relacionamento entre o auditor e o dentista operacional, o desconhecimento da legislação e dos preceitos éticos, a diversidade de códigos e nomenclatura, bem como modificações constantes de normas relativas aos convênios e a normatização inadequada de procedimentos técnicos por parte da entidade conveniadora.

No Brasil, as agências reguladoras são exemplos concretos da nova organização do Estado, edificado a partir da segunda metade da década de 90. Seguindo uma forte tendência mundial, o país começou a organizar uma nova estrutura de Estado baseada em um modelo mediador e regulador. Dessa forma, rompe-se o modelo do monopólio estatal resquício de modelos interventores e criam-se as Agências Reguladoras. A criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em novembro de 1999 por meio da Medida Provisória nº 1928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei nº 9961 de 28/01/2000 (Brasil, 2000), marcou a atual etapa da regulamentação de um setor que, a partir dos anos 60, transformou-se numa relevante atividade econômica na área de saúde. Como agência reguladora, esta também foi concebida como um tipo de entidade que, embora mantendo algum tipo de vínculo com a Administração Central, tem em relação a ela um acentuado grau de autonomia.

Araújo (2004) defende que a ANS é um órgão que deve promover o equilíbrio entre os consumidores, as entidades econômicas e o estado, devendo realizar um trabalho

fiscalizador e regulador, com independência. Afirma também que esta agência tem total controle contábil sobre as operadoras de saúde, inclusive garantindo reservas econômicas para que o consumidor não fique sem atendimento em caso de uma falência desta empresa.

É necessário padronizar um método de auditoria Odontológica a fim de desburocratizar a aprovação de orçamentos para o usuário. Juhás (2007) propôs para a atividade de auditoria Odontológica operacional e analítica padrões básicos de termos, procedimentos e padronização do exame de auditoria como uma das formas de viabilizar a majoração da tabela de honorários profissionais, unindo controle de qualidade à redução do índice de reconfecção de procedimentos e desburocratização da aprovação dos orçamentos para os usuários, além da redução de custos com auditoria dentro das operadoras. Neste ensejo, essa dissertação tem como objetivos, relacionar os procedimentos mais glosados nas auditorias clínicas, o que dará suporte para um melhor direcionamento das auditorias dentro das operadoras, verificar a viabilidade econômica da auditoria clínica, além de esclarecer aspectos econômicos da intervenção da Agência Nacional de Saúde sobre as operadoras de planos odontológicos, além da importância da mesma no equilíbrio da relação financeira entre usuários, operadoras e cirurgiões-dentistas.

O aumento da população de cirurgiões-dentistas (CDs) e a diminuição da demanda particular foram fatores determinantes na última década para que o segmento Odontológico sofresse sua maior transformação na relação da prestação de serviços entre CDs e seus clientes.

A auditoria odontológica é a confrontação dos serviços prestados com a norma estabelecida para chegar a um relatório de auditoria¹. Fundamentação esta, reforçada pela definição terminológica conceitual adotada para o sistema de regulação e análise de serviços e produtos. A auditoria em Odontologia é o método de eleição para o equilíbrio da relação de consumo, já que, quando normatizada e praticada com regularidade, utilizando-se de amostragem adequada, possibilita ao serviço de saúde a aprovação dos tratamentos necessários para a recuperação e manutenção da saúde bucal do paciente, expurgando as propostas de tratamento desnecessárias e/ou não indicadas².

Nesse novo paradigma de mercado, no qual os elementos envolvidos são duplicados, pela interferência da operadora do plano de saúde e do seu auditor contratado, criam-se novos problemas no segmento odontológico, entre os quais, cita-se as reclamações de profissionais surpreendidos pela falta de autorização prévia para a execução dos procedimentos que prescreveram, as alterações determinadas pelo auditor sobre a terapêutica proposta, os pagamentos de procedimentos realizados glosados ou suspensos a partir dos pareceres dos seus auditores, bem como a postura não ética destes auditores frente aos pacientes avaliados³. A insatisfação dos CDs com as tabelas de remuneração das operadoras de planos odontológicos, sendo as mesmas distantes da realidade dos

consultórios particulares. A prática odontológica requer uma complexa estrutura de recursos humanos (recepcionista e ASB), recursos físicos (equipamentos, aluguel e material de consumo próprio da profissão), além de taxas e impostos deixando os procedimentos onerosos.

O conflito de interesses entre profissionais, auditores, e empresas da área de saúde suplementar existe e tende a aumentar com a demanda, porém, quanto maior for o vínculo entre os indivíduos que estão se relacionando, maior o conhecimento de suas expectativas e valores, o que pode diminuir a ocorrência de uma divergência mais inflamada⁴. Com isto posto, este trabalho teve a intenção de elucidar os CDs e os profissionais de auditoria sobre os pontos de maior divergência entre estes atores, esclarecendo quais os procedimentos que são glosados com maior e menor frequência.

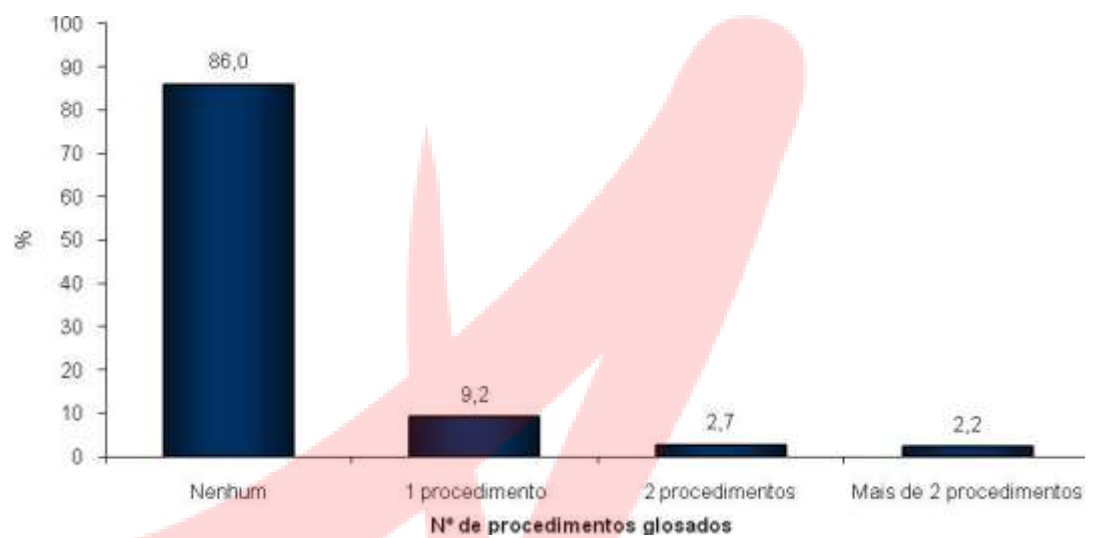
Material e métodos

A pesquisa foi realizada avaliando-se dados coletados no arquivo de auditorias de uma cooperativa de trabalho Odontológico sediada no município de Macaé-RJ, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP/SP, sob o protocolo de nº 066/2009.

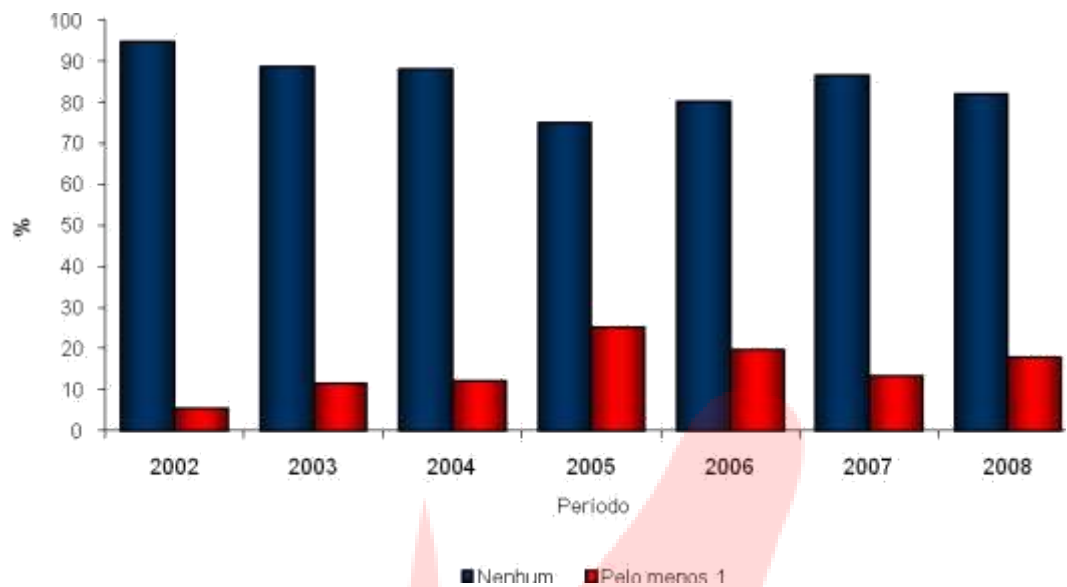
Foram analisados 2.283 relatórios de auditoria clínica iniciais aprovados na cooperativa no período de 2002 a 2008, selecionados aleatoriamente de um total de 200.000 relatórios, de usuários na faixa etária de 04 a 85 anos de idade, relacionando-se não-conformidades (glosas) a tipos de procedimentos odontológicos (dentística, periodontia, cirurgia oral, reabilitações protéticas, odontopediatria, radiologia, além da ortodontia). Estas glosas foram verificadas nas solicitações de tratamento inicial pela equipe de auditoria da cooperativa estudada, sendo estes dados descritos de forma sigilosa e arquivados pela cooperativa em arquivo próprio. Após a coleta, os dados foram submetidos a um estatístico, e analisados por estatística descritiva.

Resultados

Dos 2.283 relatórios de auditoria clínica iniciais analisados nesta pesquisa, verificou-se a proporção entre orçamentos com pelo menos um procedimento glosado, e orçamentos com total conformidade, conforme mostra a figura 1.



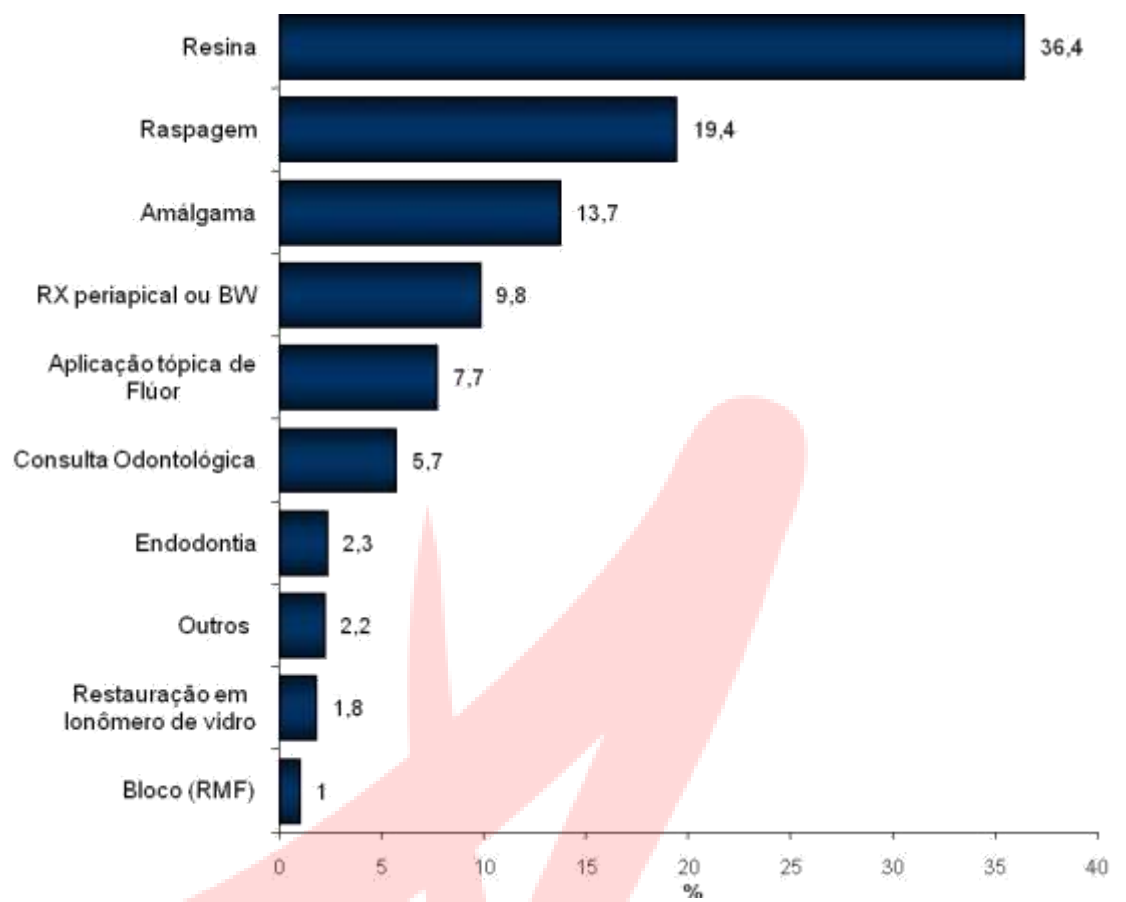
O número de procedimentos glosados, de 2002 até 2008, ano a ano, está demonstrado na figura 2.



Em 320 fichas, com pelo menos um procedimento glosado, foram contabilizados 599 procedimentos glosados no total. Os procedimentos com maior frequência de glosa estão descritos na tabela 1 e na figura 3.

Tabela 1. Distribuição de frequência do Procedimento solicitado.

Procedimento	Nº. de Solicitações	%
Resina 01 face	135	22,5
Resina 02 faces	58	9,7
Resina 03 faces	11	1,8
Resina Ângulo	14	2,3
Amálgama 1 face	44	7,3
Amálgama 2 faces	27	4,5
Amálgama 3 faces	11	1,8
Raspagem subgingival	92	15,4
Raspagem supragingival	24	4,0
Endodontia 1 raiz	7	1,2
Endodontia 2 raízes	4	0,7
Endodontia 3 raízes	3	0,5
Consulta Odontológica	34	5,7
Coroa Inlay/onlay	1	0,2
Bloco (RMF)	6	1,0
Aplicação tópica de Flúor	46	7,7
RX periapical ou BW	59	9,8
Dessensibilização dentária	3	0,5
Provisório	1	0,2
Núcleo Fundido	1	0,2
Exodontia	2	0,3
Exodontia de dente decíduo	3	0,5
Selante	1	0,2
Aumento de coroa clínica	1	0,2
Restauração em Ionômero de vidro	11	1,8
Total	599	100,0



VERIFICAÇÃO DA VIABILIDADE DA AUDITORIA PRESENCIAL EM OPERADORAS DE PLANOS ODONTOLÓGICOS.

No Brasil, a percepção sobre as oportunidades de exploração econômica da assistência à saúde começou na década de 30, fortalecendo-se ao final dos anos 50, quando o país principiou seu processo de industrialização e as instituições hospitalares privadas consolidaram-se como os principais prestadores de serviços hospitalares a uma nascente classe média. O Estado, por sua vez, iniciou programas voltados à centralização das ações de saúde na busca de uma assistência indiferenciada à população, visando minimizar os deletérios efeitos sociais de uma estratificação econômica no campo da assistência à saúde¹.

Segundo os dados reunidos pela ANS publicados no Caderno de Informações da Saúde Suplementar, o segmento odontológico saltou de pouco mais de três milhões de beneficiários, em 2001, para 7.448.151, em 2006 e, para 8.590.076, em 2007, portanto um crescimento, nos últimos sete anos, de cerca de 210%. Também a receita das operadoras exclusivamente odontológicas, no período de 2001 a 2005, aumentou em, aproximadamente, 112%. Dados que confirmam a expansão do setor e seu potencial ambiente de contínuo crescimento dos próximos anos em todo o território brasileiro enfatizado pela previsão do caderno de informações da ANS de dezembro de 2007².

A perícia (nomenclatura correta: avaliação ou auditoria) é um recurso utilizado como forma de controle e fiscalização do trabalho dos profissionais contratados pelas operadoras, além de ser também uma estratégia de manutenção da qualidade na prestação de serviço. Por meio da auditoria inicial, aqueles convênios que possuem um profissional responsável para a verificação do orçamento proposto, fazem um planejamento para verificar se todos os procedimentos que o cirurgião-dentista passou para os convênios estão de acordo com a política da prestadora de serviços. Se estiver de acordo com o planejamento orçado pelo profissional, o tratamento pode ser iniciado³.

As auditorias operacionais (clínicas), quando bem conduzidas, podem proporcionar importantes informações à coordenação (operadora). Elas irão verificar se o que deve ser feito está realmente sendo feito, tendo como objetivo principal fornecer dados para que a coordenação analise criticamente o seu sistema de qualidade e tome as decisões,

determinando ações ou disposições sobre os resultados não-conformes, diminuindo ou eliminando-os⁴. Conseqüentemente, garante-se a continuidade operacional (sobrevivência) na área de negócios, frente às empresas concorrentes.

As operadoras de planos de saúde, atualmente se encontram em fase de adaptação do seu produto frente ao mercado nacional, que as obriga a estabelecer serviços com alta competitividade, esquemas de verificação e controle de cada um dos seus processos inerentes a sua funcionalidade. Verificam também que, com o aumento da demanda de serviços odontológicos no sistema de saúde suplementar, surgiu a necessidade de melhorar os processos de análise e de registro dos serviços prestados pela rede credenciada, no que concerne a emissão dos pareceres e postura dos auditores técnicos frente aos auditados⁵.

”O consultório não é um tribunal onde se deve julgar o trabalho de um colega”⁶. Cabe verificar, em um exame inicial, se o plano de tratamento está adequado aos padrões do convênio e, em um exame final, se o plano de tratamento foi cumprido. Caso haja um problema técnico, este deverá ser resolvido entre os profissionais, e nunca na presença do paciente ou de terceiros⁶.

Em vista a estes fatos foi realizado a verificação da viabilidade econômica da realização de auditorias clínicas (presenciais), bem como, apresentou-se os aspectos éticos e legais inerentes e pertinentes ao tema.

Material e métodos

Após a aprovação pelo CEP/FOP/UNICAMP, procedeu-se a coleta de dados junto ao arquivo de relatórios de auditorias odontológicas existentes na cooperativa analisada sediada no Estado do Rio de Janeiro.

Analisou-se 2.283 relatórios de auditorias clínicas iniciais, realizadas entre o dia primeiro de janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2008. A busca pelos relatórios de auditorias deu-se de forma aleatória. Os dados foram coletados em ficha de coleta previamente elaborada, observando-se os princípios de confidencialidade dos dados identificatórios dos usuários (pacientes) e dos profissionais envolvidos. Após esta fase os mesmos foram tabulados e analisados estatisticamente por meio de estatística descritiva (frequência, porcentagem, média, desvio padrão).

Resultados

Analisou-se 2.283 relatórios de auditorias clínicas realizadas na cooperativa de

trabalho odontológico, no ano de 2002 a 2008, e, que foram aprovados para a realização dos referidos tratamentos.

Nestes constatou-se que a cooperativa gastou o montante de 41076 unidades de serviços (US), pago aos auditores. Este valor se refere à 18 US que a Cooperativa remunera por avaliação/auditoria odontológica realizada. Verificou-se ainda que foram realizadas 599 glosas (supressão parcial ou total de uma conta averbada) que somaram ao todo 16683 US. Do total de relatórios analisados (n=2283), verificou-se que 86% não sofreram qualquer tipo de glosa, conforme se pode observar na tabela 1.

ANEXOS:

<i>Nº. de procedimentos glosados</i>	<i>Nº. fichas</i>	<i>%</i>
Nenhum	1962	86,0
1	211	9,1
2	62	2,7
Mais de 2	48	2,2
Total	2283	100,0

Tabela 1. Distribuição quanto ao número de procedimentos glosados.

Na figura 1, pode-se constatar a distribuição anual (2002 até 2008) dos resultados das auditorias realizadas. Constata-se ainda que houve um expressivo aumento do número de glosas, sendo o ano de 2005 o que expressou o maior aumento.

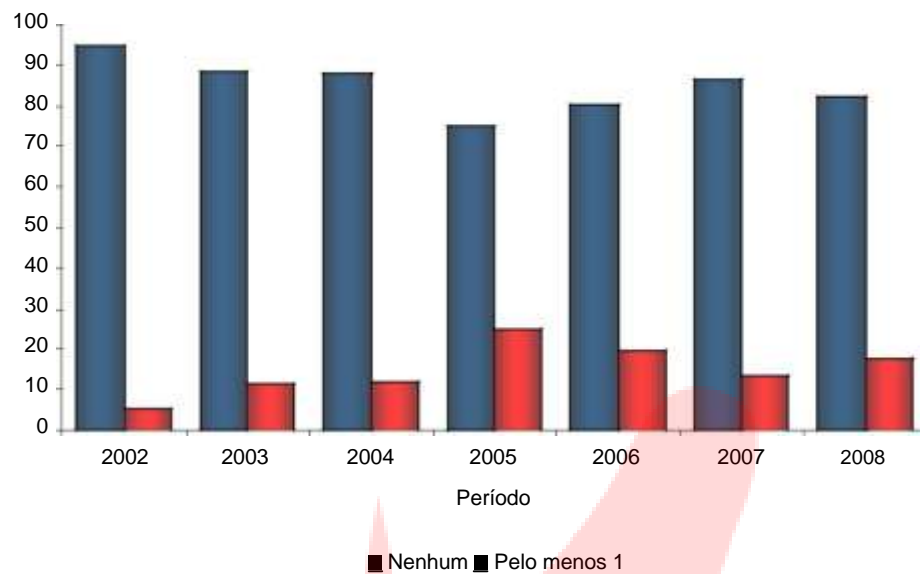


Figura 1. Distribuição anual do resultado das auditorias realizadas.

A quantidade de Unidades de Serviço (US) paga aos auditores e a quantidade de US relativa ao total das glosas presentes na amostragem, encontram-se dispostas na figura 2.

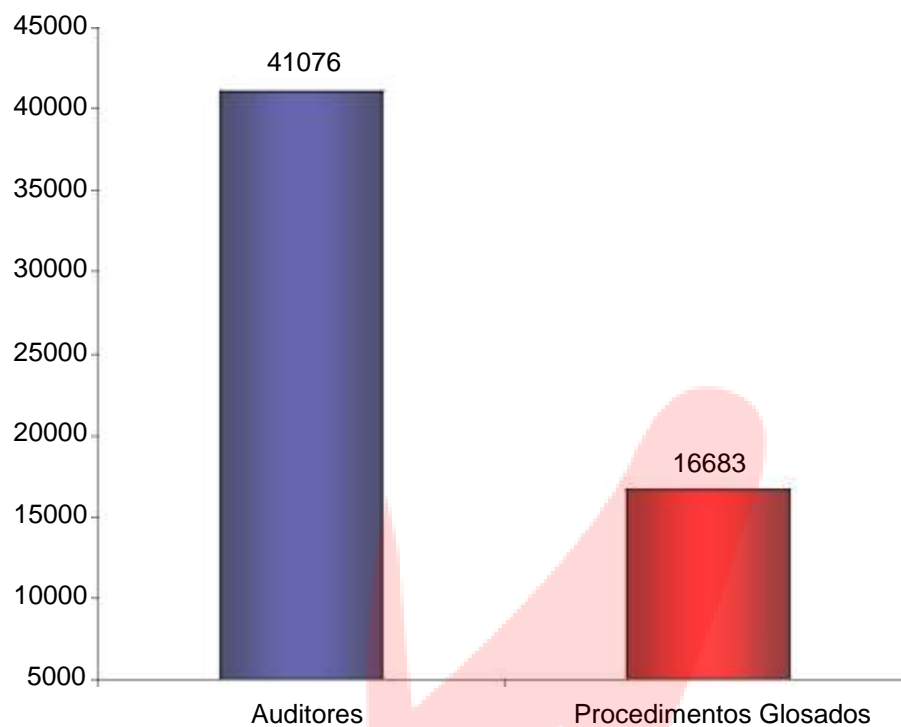


Figura 2. Distribuição das US pagas aos auditores e o valor apurado das glosas.

O número de procedimentos solicitados à operadora pelos profissionais está relacionado na tabela 2.

<i>Nº. de procedimentos</i>	<i>Nº. Fichas</i>	<i>%</i>
Até 2	378	16,6
3 a 5	741	32,5
6 a 8	458	20,1
9 a 11	271	11,9
12 a 14	166	7,3
15 ou mais	268	11,7
Total	2283	100,0

Tabela 2. Número de procedimentos solicitados à operadora pelos profissionais

Discussão

O desafio da auditoria está em equilibrar custos e intermediar a cooperação

entre os envolvidos no processo: operadora, usuários, profissionais e empresas consumidoras de serviços odontológicos (conveniadas), para a implementação de processos que direcionem a gestão para a busca, controle e melhoria contínua da qualidade⁷.

Porém o referido processo torna-se oneroso tanto para as empresas conveniadas cujos empregados utilizam os serviços odontológicos prestados, pois aumentaria o absenteísmo tipo 1 (ausência no processo produtivo para busca de tratamento) e também para os próprios pacientes que teriam que se deslocar mais vezes ao profissional e à operadora para aprovação e concordância nas auditorias.

Ressalta-se ainda que a própria operadora terá um acréscimo de custos, medido em US, que deverá ser absorvido pelos valores pagos pelos pacientes, ou pelas US pagas aos profissionais ou ainda a redução dos lucros pertinentes à operadora.

Destaca-se que a forma de auditoria clínica presencial ainda persiste em muitas operadoras de pequeno porte. Acredita-se que tal fato se deve ao reduzido número de usuários. As operadoras de grande porte em geral somente utilizam a auditoria presencial em casos dúbios.

Outro ponto a ser destacado é a inexistência na Odontologia de uma padronização de todos os procedimentos relacionando o que é aceitável ou não sobre procedimentos técnicos. Tais parâmetros permitiriam aos auditores uma pacificação quanto ao plano de tratamento realizado e a cobertura adquirida pelo paciente junto à operadora⁵.

Todas as facetas citadas são fatores que prejudicam a imagem da profissão frente à sociedade, além disso, muitas vezes o paciente fica com receio do trabalho recebido, duvidando quanto à sua qualidade, quando o auditor faz críticas ou altera seu semblante facial durante a execução da auditoria clínica.

Sabe-se que as auditorias são ferramentas de controle, implantadas pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade. Esta, quando devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo, não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não-conformidade, implementando e acompanhando as ações corretivas no processo⁸. Há uma conotação negativa, e sentimentos existem em decorrência do abuso do processo de auditoria, quando é usada para estabelecer culpa ou determinar ações punitivas.

No presente estudo, na figura 1, pode-se constatar que no ano de 2005, houve nos relatórios avaliados uma diminuição do total dos serviços prestados. Concomitante a este fato verificou-se que foi ano em que mais ocorreram glosas, supondo-se que em períodos de escassez de procedimentos o profissional, intencionalmente ou não, majora o número de procedimentos em seu plano de tratamento.

Em pesquisa similar à do presente estudo, pode-se constatar em um levantamento realizado³ em 1998, que de 150 orçamentos analisados, 70,66% (n=106) foram consideradas totalmente em conformidade, e 29,33% (n=44) tiveram ao menos um procedimento glosado,

Já no presente estudo de um total de 2283 relatórios de auditorias avaliados 86% (n=1962) foram considerados em conformidade e 14% (n=321) foram glosados.

Destes dados pode-se inferir que não houve por parte da cooperativa glosas indevidas, pois os critérios para a realização da glosa se baseavam nas normas atuais da prática odontológica e na cobertura total contratada pelos pacientes junto à cooperativa.

Em geral o que se constata frente às reclamações dos profissionais que trabalham com operadoras é que há no mercado uma mercantilização da Odontologia, onde a saúde cede espaço ao lucro exacerbado. Confrontando-se com a Lei 5081/66 em seu artigo 7º que proíbe a prática de mercantilização da profissão e a Resolução 42/2003, modificada pela 71/06 que proíbe o aviltamento dos honorários pagos aos profissionais.

Outro parâmetro que pode ser utilizado na indicação de uma auditoria clínica é a quantidade de procedimentos solicitados por tratamento. Verificou-se que em 49,1% da amostra constavam apenas de 02 a 05 procedimentos solicitados nos relatórios. Este dado demonstra que quase metade dos tratamentos da amostra poderiam ter sido aprovados por meio de auditoria eletrônica ou técnica (não presenciais) devido ao pequeno número de procedimentos constantes.

Foi apontado⁷ como alternativa para as operadoras a auditoria analítica, nesta modalidade os dados constantes no orçamento solicitado são lançados no sistema e confrontados com os dados pré-existentes do usuário. Não há necessidade do exame presencial. Presencia-se uma otimização de tempo tanto para os auditores como para os usuários, além de facilitar o trabalho da auditoria técnica (análise de documentos como

radiografias periapicais e panorâmicas, modelos de gesso, além de documentação ortodôntica). A auditoria analítica utiliza também índices técnicos e financeiros, que podem apontar a necessidade de auditorias clínicas para os usuários que vão a profissionais que apresentam muitas reclamações quanto ao seu serviço, e/ou um aumento muito abissal em seus vencimentos mês a mês.

“A utilização de indicadores mostrou-se viável, fornecendo o diagnóstico da instituição e permitindo o contínuo aprimoramento de processos, na busca por melhores índices de qualidade, produtividade e satisfação”³. Essa afirmação baseada nos resultados de uma tese de mestrado, nos mostra a tendência atual da auditoria odontológica baseada em evidências financeiras e clínicas como o modelo ideal na otimização de tempo e de recursos tanto para a operadora como para o usuário dos planos.

Porém, deve-se destacar que tal mudança da auditoria presencial clínica para a auditoria analítica acabará por reduzir o número de auditores nas referidas cooperativas, gerando um agravamento na crise empregatícia de profissionais da Odontologia.

Já se consagrou na Odontologia empresarial a figura do Odontologista⁹, porém também deve-se destacar que o mesmo deverá estar atento às alterações no processo de auditoria, principalmente no manuseio de softwares para a realização de auditoria analítica. Forçando-se os cursos de especialização a melhoria e implantação destas novas tecnologias quando da apresentação do referido tema aos discentes.

Finalmente, deve-se atentar ao fato de que quando o auditor faz uma avaliação clínica (auditoria presencial), este pode ser também co-responsabilizado pelos abusos e excessos de glosas que realizar, e, pelo resultado final do tratamento, quando a glosa realizada intervir na qualidade do tratamento realizado. Todavia, quando um *software* realizar tais glosas a quem se deverá responsabilizar?

Verificou-se que a auditoria clínica para todos os procedimentos é uma forma onerosa de controlar custos com demanda induzida em convênios odontológicos. A glosa

realizada não representa nem a metade do que se paga como honorários aos auditores, não sendo então viável a sua utilização de forma indiscriminada junto às prestadoras de serviços odontológicos. Porém, deve-se ressaltar a importância do paciente avaliar a satisfação e qualidade dos serviços odontológicos prestados conforme determinam os aspectos éticos e legais vigentes no Brasil.



SUBMETIDO À SEÇÃO DE ARTIGOS CIENTÍFICOS DO SITE DA ABOT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA DO TRABALHO).

A interface entre Cirurgiões - dentistas, usuários e operadoras de planos odontológicos.

O mercado de trabalho na década de 80 foi marcada pela introdução dos convênios odontológicos, de forma maciça, na prática profissional diária dos Cirurgiões – dentistas (CD). Nos dias de hoje com a forte concorrência de mercado entre as Operadoras de planos Odontológicos (neste texto denominaremos somente como operadoras) e o número cada dia crescente de usuários houve uma desvalorização do “produto Odontologia”, o que acabou refletindo diretamente na remuneração dos CD pelos seus serviços prestados, estando hoje em um patamar inaceitável. Sabemos que hoje as operadoras negociam seus planos, em média, por menos de R\$ 10,00, por pessoa/mês (Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia - SINOG, 2009).

Sabemos que as operadoras têm que cumprir normas burocráticas para se manter no mercado. Normas impostas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), que é um órgão governamental independente que regula todas as operadoras em saúde suplementar. Uma destas normas, é que todos os planos negociados tenham uma cobertura mínima, chamada de “Rol básico de procedimentos”, neste Rol, estão incluídos os procedimentos de periodontia, dentisteria, procedimentos de cirurgia oral menor, endodontia, radiografias, além das emergências. Recentemente a ANS atualizou o “rol básico de procedimentos”, por meio da Resolução Normativa RN nº211, que além dos procedimentos acima descritos, entram também na cobertura obrigatória procedimentos de prótese (provisórios, coroas de cerômero (estético), restaurações metálicas fundidas, pinos metálicos fundidos). Isso posto, como podem as operadoras remunerar dignamente o cirurgião-dentista (CD) credenciado se o usuário paga, em média, R\$ 10,00 por mês?

O que ocorre hoje na Odontologia seria uma falta de imposição por parte da classe odontológica de sua indignação com essa posição aviltante em que se encontra. Não podem os CDs sofrerem a resultante da “guerra” que está instalada no mercado

Odontológico complementar. As operadoras não podem deixar de ter alta lucratividade. O usuário paga um preço pífio para ter um serviço de alta complexidade, e o CD por consequência, recebe por seus serviços valores que em muitos casos não cobrem nem os gastos reais de certos procedimentos, ou seja, acaba “pagando para trabalhar”.

Estamos acompanhando o desenvolvimento do Código Brasileiro Hierarquizado de Procedimentos Odontológicos (CBHPO), que representa uma resposta de toda a classe aos ínfimos valores que as operadoras vêm repassando aos CDs, é um posicionamento definitivo, onde a classe odontológica está dizendo “basta” a toda esta situação. Sabemos de toda a carga tributária que acomete o CD nos dias de hoje, e com isso está inviável de se relacionar profissionalmente com a maioria das operadoras e suas tabelas de valores aviltantes.

A proposta do CBHPO seria a introdução de uma tabela de procedimentos odontológicos que teria de ser adotada por todas as operadoras, estando, inclusive, padronizado os valores mínimos de repasse aos CD em cada procedimento. Esses valores estão sendo calculados de acordo com a complexidade do procedimento, material utilizado e tempo gasto no procedimento. A FIPE (Fundação Instituto de pesquisas econômicas), importante e respeitado instituto de economia, é o responsável pela confecção e estabelecimento dos valores do CBHPO, que vêm sendo visto por muitos profissionais e gestores da Odontologia como um novo alento à classe odontológica de ter um mínimo de reconhecimento profissional por parte da sociedade.

Numa visão futura, sabe-se que é inviável as operadoras remunerarem dignamente os CDs credenciados com os preços em que os planos vêm sendo negociados no mercado de Odontologia complementar. Sabemos também que a ANS tem plena ciência (ou deveria ter) de que não é viável a venda de um plano odontológico por menos de R\$10,00, assim sendo a ANS têm grande responsabilidade no sucesso de todo este projeto do CBHPO, pois cabe a esta agência estabelecer parâmetros mínimos (valores) para a negociação de planos odontológicos no mercado complementar, pois ela tem o controle financeiro de todas as operadoras.

Outro aspecto a ser citado seria o impacto do CBHPO nos valores pagos pelos usuários pelos planos odontológicos. É imperioso afirmar que pela nossa visão os

planos não têm que atingir preços exorbitantes para que os CDs tenham uma remuneração digna, mas sim o usuário estar pagando um preço mais condizente com a complexidade do “produto” que está adquirindo, e toda a responsabilidade que cerca um tratamento odontológico. Sugerimos hoje um equilíbrio maior entre o lucro das operadoras, que em grandes operadoras atinge patamares exorbitantes (SINOG, 2010), o preço pago pelos usuários e os valores repassados aos CDs. Se nos referenciarmos pelos dias de hoje, vemos que estes três fatores têm de sofrer profundos ajustes para que haja um equilíbrio nesta relação financeira.

Numa última análise, temos de ressaltar a importância da auditoria odontológica dentro das operadoras para o sucesso do CBHPO. Todas as operadoras têm que gerenciar um problema crônico na Odontologia que se chama “demanda induzida”, que nada mais é que a solicitação por parte dos profissionais credenciados de procedimentos que não teriam indicação de realização, com o CBHPO a demanda induzida terá de ser controlada ao extremo, pois os valores serão mais altos, e se a sinistralidade for muito alta, a folha de pagamento das operadoras será muito alta, e sua lucratividade diminuirá, o que obrigaria as operadoras a aumentar os preços dos planos odontológicos a um ponto onde o usuário não suportaria pagar, o que iria inviabilizar todo um projeto de resgate da dignidade profissional do CD que é o CBHPO.

Mills (1994) definiu auditoria como uma ferramenta de controle implantada pela administração de forma voluntária ou imposta por norma de qualidade. Esta, quando devidamente conduzida, constitui um processo positivo e construtivo, não é só a decisão de aceitar ou rejeitar tratamentos, mas sim de orientar, quando da verificação de uma não-conformidade, acompanhando as ações corretivas no processo. No mesmo sentido, Peres (1997) dispõe que a variabilidade na interpretação de um tratamento odontológico faz com que as alterações nas previsões de honorários (glosas) se tornem frequentes. Há uma conotação negativa, e sentimentos existem em decorrência do abuso do processo de auditoria, quando é usada para estabelecer culpa ou determinar ações punitivas, por outro lado, não há empecilhos para a operadora em verificar os procedimentos que paga aos seus credenciados, desde de que esteja expresso em contrato firmado pelas partes.

Peres (1997) se mostra preocupado com colegas CDs que militam na área de auditoria devido ao despreparo ético e legal, que julga imprescindível nesta atividade. No mesmo ensejo, afirma que a especialização em Odontologia Legal deverá ser pré - requisito ao desempenho da função de auditor Odontológico.

Melani (2009) coloca algumas características pessoais desejáveis aos auditores, que são elas: ser diplomático, bom ouvinte, pontual, bom observador, ser ético e profissional, habilidoso no trato com as pessoas, não ser tendencioso, ter critério. Em contrapartida, o autor cita algumas características indesejáveis aos auditores, que são: Influenciável, não saber ouvir, indisciplinado, não ter ética profissional, falador, desonesto, não ser objetivo, negligenciar o sigilo profissional, ser inflexível, ser “bom moço”. Afirma ainda que o auditor deve ter capacitação técnica para exercer a função de auditor, ter espírito investigativo e ter habilidade de comunicação verbal e escrita.

Juhás (2007) observa que até o ano de 1993 não existia uma legislação específica para à Odontologia de grupo. Em 25 abril de 1993, o CFO publica a resolução CFO – 185/93 (consolidação das normas para procedimentos nos conselhos e Odontologia), cujo capítulo IX rege sobre o funcionamento de entidade prestadora de assistência odontológica, e que obrigou qualquer modalidade de negócios na área odontológica (incluindo – se as

operadoras) a obter registro junto aos conselhos de Odontologia nas respectivas regionais. Em 1998, houve uma real diferenciação entre medicina e odontologia no que se refere aos planos de saúde com a sanção da Lei 9656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Essa Lei definiu precisamente as operadoras de seguros e planos privados de assistência à saúde, incluindo, nessa modalidade todas as pessoas jurídicas que venham a oferecer serviços médicos/odontológicos em troca de contraprestações pecuniárias, incluindo – se cooperativas médicas e odontológicas, entidades de auto – gestão e empresas de odontologia de grupo.

A Lei 9961 de 28 de janeiro de 2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Brasil (2000a), uma autarquia de “regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde”. No parágrafo único do art. 1º informa que se trata de uma autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia em decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

Esta mesma Lei, através do art. 18 e regulamentada pela RDC nº 6 de 18/02/2000, Brasil (2000b), cria a taxa de saúde suplementar em cada registro de operadora, produto comercializado (planos), alteração de dados referente aos produtos, alteração de dados referente às operadoras e pedido de reajuste de contraprestações pecuniárias.

Desde a sua criação a ANS vêm criando atividades, normas e regulamentações para fiscalizar a gestão técnica e financeira das operadoras. A resolução RE nº 1, de 13 de fevereiro de 2001, Brasil (2001), revisada conforme a resolução normativa RN nº 29, de 01 de abril de 2003, Brasil (2003), instituiu o DIOPS/ANS, que é um documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde. Juhás (2007) afirma que o DIOPS fornece à ANS dados sobre a situação financeira da operadora e atualização constante sobre o número de seus beneficiários, permitindo um controle eficiente sobre a situação econômica das empresas. Isto posto, Rocha (2010) cita a existência, atualmente, de uma incoerência no mercado de saúde suplementar, especialmente na área odontológica na relação financeira entre CDs, usuários, e operadoras de planos odontológicos. Em 2009, o Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de

Grupo (SINOG), veiculou na imprensa dados relevantes sobre a Odontologia no mercado de saúde suplementar. No ano de 2000, haviam por volta de 2 milhões de usuários de planos odontológicos, hoje são mais de 12 milhões, ou seja, 6,41% da população brasileira está coberta por um plano odontológico. No mesmo informativo, a maior operadora de planos exclusivamente odontológicos anunciou um aumento de 83% no seu lucro líquido ajustado, totalizando, por volta, de R\$ 157 milhões de receita líquida no primeiro trimestre de 2010, 79,7% acima do primeiro trimestre do ano anterior. Todavia, aos relevantes resultados econômicos das operadoras de planos odontológicos, vemos a classe odontológica esmagada por tabelas de honorários com baixos valores de remuneração, estando a ANS responsável por esta disparidade que tanto desvaloriza a classe odontológica, operadoras lucrando em abundância e CDs sendo precariamente remunerados por seus serviços de alta complexidade e responsabilidade.

Tendo em vista a revista da literatura e a análise dos dados é lícito concluir que:

a) Os procedimentos de dentística são responsáveis por 50,1% das glosas verificadas na amostra, sendo que as restaurações de uma face são as mais glosadas. Os procedimentos de Periodontia também se mostram com uma frequência relevante de glosas. Os outros procedimentos das outras especialidades representam os outros 30% das glosas. Em contra-partida, os procedimentos de cirurgia oral e endodontia tiveram um índice baixo de glosas, 1,6% e 1,0% respectivamente;

b) A auditoria clínica em todos os orçamentos solicitados por profissionais, é um procedimento que condenamos, pois os resultados nos mostraram a inviabilidade econômica deste procedimento, além de ser um procedimento muito burocrático para os usuários;

c) Após análise da literatura levantada, esclareceu-se que a ANS poderia interferir de forma mais rígida no mercado de Odontologia suplementar, equilibrando a relação financeira entre os CDs, usuários e operadoras de planos odontológicos.

Procedimentos incluídos

SEGMENTAÇÃO ODONTOLÓGICA

	Procedimento	Descrição
1.	Condicionament o em odontologia *	Consultas de adaptação (até três sessões/ano) para os beneficiários com comportamento não cooperativo ou de difícil manejo.
2.	Coroa unitária provisória com ou sem pino / provisório para prepário de RMF (restauração metálica fundida) *	Procedimento de caráter provisório em dentes permanentes não passíveis de reconstrução por meio direto antes da restauração definitiva.
3.	Exérese de pequenos cistos de mandíbula / maxila *	Remoção de pequenos cistos da mandíbula e / ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.
4.	Panorâmica de mandíbula/maxila (ortopantomografia) *	Exame radiográfico tipo panorâmico como auxílio diagnóstico pré e/ou pós procedimento cirúrgico.
5.	Punção aspirativa com agulha fina / coleta de raspado em lesões ou sítios específicos da região buço-maxilo-facial	Obtenção de células de órgãos e tecidos de lesões ou sítios específicos da região buco maxilo facial , com o uso de uma agulha de pequeno calibre ou a partir da coleta de raspado.

6.	Reabilitação com coroa de acetato, aço ou policarbonato *	Restauração com coroa feita do material acetato, aço ou policarbonato em dentes decíduos não passíveis de reconstrução por meio direto e/ou dentes permanentes em pacientes não cooperativos / de difícil manejo.
7.	Reabilitação com coroa total de cerômero unitária – inclui peça protética *	Restauração unitária com coroa total feita do material cerômero em dentes permanentes anteriores (incisivos e caninos) não passíveis de reconstrução por meio direto.
8.	Reabilitação com coroa total metálica unitária – inclui peça protética *	Restauração unitária com coroa total feita de material metálico em dentes permanentes posteriores (pré-molares e molares) não passíveis de reconstrução por meio direto.
9.	Reabilitação com núcleo metálico fundido / núcleo pré – fabricado – inclui a peça protética *	Restauração com pino feito de material metálico (núcleo metálico fundido) / pino pré-fabricado (núcleo pré-fabricado) em dentes permanentes com tratamento endodôntico prévio.
10.	Reabilitação com restauração metálica fundida (RMF) unitária - inclui peça protética *	Cobertura para bloco (restauração) de metal em dentes posteriores permanentes com comprometimento de 3 ou mais faces, não passíveis de reconstrução por meio direto ou dentes com comprometimento de cúspide funcional, independente do número de faces afetadas.

Procedimento

Descrição

11. **Redução de luxação da ATM ***
- Caracteriza-se por luxação da ATM (articulação temporo-mandibular) quando na abertura máxima da boca ocorre o deslocamento do processo condilar para fora da cavidade mandibular e o paciente não é capaz de realizar a reposição da mandíbula (fechar a boca) sem ajuda.
- A cobertura da redução da luxação consiste no reposicionamento do processo condilar para dentro da cavidade mandibular, quando sua realização for passível em ambiente ambulatorial.
12. **salivar**
- Teste de fluxo**
- É um teste em que se observa a saliva com relação o volume secretado sob estímulo mecânico (que é o fluxo salivar).
13. **Tratamento cirúrgico de fístulas buco-nasais ou buco-sinusais ***
- Tratamento cirúrgico da comunicação entre a cavidade bucal e cavidade nasal (fístula buco-nasal) e da comunicação entre a cavidade bucal e o seio maxilar (fístula bucosinusal), quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.
14. **Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos ósseos/ cartilagosos na mandíbula/maxila ***
- Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) do tecido ósseo ou cartilaginoso, da mandíbula ou maxila quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento

em ambiente ambulatorial.

15. Tratamento cirúrgico de tumores benignos e hiperplasia de tecidos moles na mandíbula/maxila *
- Tratamento cirúrgico do crescimento anormal de células benignas (tumor) e do aumento do número de células (hiperplasia) de tecidos moles da mandíbula ou maxila, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.
16. Tratamento cirúrgico de tumores benignos odontogênicos sem reconstrução *
- Tratamento cirúrgico, sem reconstrução, do crescimento anormal de células benignas originadas dos tecidos e formadores do dente, quando a localização e características da lesão permitirem a realização do procedimento em ambiente ambulatorial.

* com Diretriz de Utilização

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA

RESOLUÇÃO CFO-20/2001

Normatiza Perícias e

Auditorias Odontológicas

em Sede Administrativa.

O Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições que lhe confere a Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto nº 68.704, de 3 de junho de 1971, e considerando que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia têm por finalidade a supervisão da ética profissional em todo território nacional, cabendo-lhes zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente;

Considerando que cabem ao Conselho Federal de Odontologia e aos Conselhos regionais de Odontologia, ainda, como órgãos de seleção, a disciplina e a fiscalização da Odontologia em todo País, a defesa do livre exercício da profissão, bem como o julgamento das infrações à lei e à ética;

Considerando que o crescimento do mercado de operadoras de planos de saúde, intermediadoras e congêneres e a mudança da relação profissional/paciente vêm aumentando o número de demandas éticas nos Conselhos Regionais envolvendo a atividade dos auditores;

Considerando a necessidade de disciplinar a fiscalização praticada nos atos odontológicos pelos serviços contratantes de saúde;

Considerando que a auditoria do ato odontológico constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços;

Considerando que a auditoria e/ou perícia odontológica caracteriza(m)-se como ato(s) odontológico(s), por exigir(em) conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão;

Considerando que um dos deveres fundamentais dos cirurgiões-dentistas é zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

Considerando que o cirurgião-dentista investido da função de auditor e/ou perito encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Odontológica, em especial o constante nos artigos 5º, 6º, 8º, 9º, 10 e 11;

Considerando que muitas demandas cíveis são originadas por inobservâncias as normas éticas, que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, visto que já foi consolidado junto ao Superior Tribunal de Justiça decisão responsabilizando solidariamente o cirurgião-dentista, a empresa prestadora de serviço e, conseqüentemente, o auditor que presta serviço para empresa responsável;

Considerando que perícia é um termo jurídico que se refere à área cível, criminal, e trabalhista;

Considerando que para resolução de alguns problemas éticos odontológicos é necessária a realização de perícia administrativa;

RESOLVE:

Art. 1º. Esta Resolução estatui as normas que definem a função e regulamenta as atividades dos peritos/auditores, concernentes à ética profissional odontológica.

Art. 2º. Considera-se perito o profissional que auxilia a decisão judicial e administrativa, por solicitação da autoridade judiciária ou por designação do conselho, fornecendo laudo-técnico detalhado, realizado através de perícia, com a verificação de exames clínicos, radiográficos, digitalizados, fotografias, modelos de arcos dentais, exames complementares e outros que auxiliarão na descrição de laudo-técnico, com absoluta imparcialidade, indicando sempre a fonte de informação que o amparou.

Art. 3º. São atribuições específicas do perito, devidamente nomeado, executar o laudo-técnico com absoluta isenção e imparcialidade, responder os quesitos formulados de forma objetiva, abster-se de emitir opiniões pessoais, reportar-se sempre a fundamentos científicos e citando a sua fonte.

Art. 4º. Considera-se auditor o profissional concursado ou contratado por empresa pública ou privada, que preste serviços odontológicos e necessite de auditoria odontológica permanente para verificação da execução e da qualidade técnica-científica dos trabalhos realizados por seus credenciados.

Art. 5º. São atribuições específicas do auditor seguir as normas técnicas administrativas da empresa em que presta serviço, observar se tais normas estão de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão do cirurgião-dentista, recusando-se a cumpri-las caso estejam em desacordo com o Código de Ética Odontológica.

§ 1º. Aplicar medidas técnicas e administrativas que visem corrigir a cobrança de procedimentos odontológicos indevidos ou equivocados com avaliação da exatidão e procedência dos valores e serviços apresentados para o pagamento (auditoria corretiva).

§ 2º. Efetuar auditoria prévia, quando a empresa assim o determinar e analisar o plano de tratamento proposto inicialmente, guardando cópia em arquivo próprio.

§ 3º. Efetuar auditoria final, verificando se o resultado, proposto inicialmente no plano de tratamento, foi alcançado.

§ 4º. Assessorar a operadora em todas as questões legais e administrativas, que se relacionam com o programa de assistência odontológica, e analisar críticas, reclamações, sugestões, reivindicações dos usuários, das operadoras e da rede prestadora (elo técnico administrativo).

Art. 6º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, se obriga a manter o sigilo profissional, devendo, sempre que necessário, comunicar, através de relatório, a quem de direito e por escrito suas observações, conclusões e recomendações, sendo-lhe vedado realizar anotações no prontuário do paciente.

§ 1º. É vedado ao cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, divulgar suas observações, conclusões ou recomendações, exceto por justa causa, conforme previsto no Código de Ética Odontológica, ou dever legal.

§ 2º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, não pode, em seu relatório, exagerar ou omitir fatos decorrentes do exercício de suas funções.

§ 3º. Poderá o cirurgião-dentista na função de auditor solicitar por escrito, ao cirurgião-dentista assistente, os esclarecimentos necessários ao exercício de suas atividades.

Art. 7º. O cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.

§ 1º. Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário odontológico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da perícia ou auditoria.

§ 2º. O cirurgião-dentista, na função de auditor ou perito, só poderá acompanhar procedimentos no paciente com autorização do mesmo, ou do seu representante legal e/ou do seu cirurgião-dentista assistente.

Art. 8º. O cirurgião-dentista, no exercício de auditoria ou perícia, deverá estar regularmente inscrito no Conselho Regional de Odontologia, comunicando ao CRO, da jurisdição onde ocorrer a prestação do serviço, seu exercício quando eventual.

Art. 9º. As empresas que prestam serviços de auditoria e/ou perícia e seus responsáveis técnicos deverão estar devidamente registrados nos Conselhos Regionais de Odontologia das jurisdições onde seus contratantes estiverem atuando.

Art. 10. Na função de auditor ou perito, o cirurgião-dentista deverá identificar-se, de forma clara, em todos os seus atos, fazendo constar, sempre, o número de seu registro no Conselho Regional de Odontologia.

Art. 11. O cirurgião-dentista, na função de auditor ou perito, deverá apresentar-se ao diretor técnico ou substituto da unidade, antes de iniciar suas atividades.

Art. 12. O diretor técnico ou diretor clínico deve garantir ao cirurgião-dentista/ equipe auditora todas as condições para o bom desempenho de suas atividades, bem como o acesso aos documentos que se fizerem necessários, sob pena de responder ética ou administrativamente pela omissão.

Art. 13. O cirurgião-dentista, na função de auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades na execução do serviço no paciente, deve comunicar o fato por escrito ao cirurgião-dentista assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações.

Parágrafo único. É vedado ao cirurgião-dentista, na função de auditor e/ou perito, transferir sua responsabilidade a outros profissionais, mesmo quando integrantes de sua equipe.

Art. 14. Não compete ao cirurgião-dentista, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao cirurgião-dentista assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente recomendar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência odontológica.

Art. 15. Fica estabelecido que é primordial à função de perito/auditor conhecimento técnico e humanístico, formação moral, discrição, idoneidade, imparcialidade, moderação e dignidade profissional em todas as circunstâncias, evitando fazer qualquer comentário perante colegas e terceiros a respeito do trabalho auditado/periciado, ficando sujeito o infrator às penas do Código de Ética Odontológica.

Art. 16. É vedado ao perito/auditor fazer, perante o usuário, comentários ou observações sobre os serviços executados, ou indicar a este, outro profissional para realizar o tratamento.

Art. 17. As observações em casos de restrições a determinados procedimentos serão feitas através do contato do perito/auditor com o cirurgião-dentista assistente, pessoalmente ou por correspondência assinada e em envelope lacrado, de forma codificada, para que seja preservado o sigilo.

Art. 18. Cabe ao perito/auditor glosar serviços propostos ou executados, quando não atenderem às restrições observadas ou estabelecidas como norma pela empresa, devidamente justificados.

Art. 19. Não é compatível o exercício da função de perito/auditor quando o cirurgião-dentista for, por si ou através de empresa prestadora de atenção odontológica da qual faça parte, conveniado ou credenciado da empresa contratante.

Art. 20. Fica vedado ao cirurgião-dentista prestar serviços de auditoria à empresa não inscrita no CRO da jurisdição em que estiver exercendo suas atividades.

Parágrafo Único. Deve o profissional informar ao CRO da jurisdição a existência de empresa prestadora de serviços odontológicos sem inscrição no Conselho.

Art. 21. O perito, quando nomeado pelo Judiciário ou órgão administrativo, deve informar, previamente, o custo da perícia, solicitando inclusive que seja efetuado um depósito prévio, em conta judicial ou administrativa, para que sirva de garantia ao recebimento de seus honorários.

Parágrafo Único. A critério do CRO, por ato de seu Presidente, serão resolvidas as questões referentes às perícias de caráter social e beneficente.

Art. 22. O cirurgião-dentista, na função de auditor, não pode ser remunerado ou gratificado por valores vinculados à glosa.

Art. 23. A critério do CRO, por ato de seu presidente, poderá ser constituída comissão especial para analisar e dirimir, se possível, as dúvidas éticas suscitadas entre o perito/auditor e o cirurgião-dentista assistente.

Art. 24. A codificação a ser usada pelo perito/auditor em sua comunicação com o cirurgião-dentista assistente utilizará o código de

procedimentos da CNCC, o sistema digito dois de identificação dentária, a especificação da face do elemento dentário pelas letras que as designam e pelas três primeiras letras do verbo que determinar a intervenção.

Art. 25. Esta Resolução aplica-se a todas as auditorias assistenciais, inclusive àquelas no âmbito do SUS.

Art. 26. Esta Resolução entra em vigor na data da sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2001.





