

**Reunião do Grupo Técnico (GT) do Rol,  
realizada em 19 de junho de 2009**

- Alfredo deu início à reunião do GT do "Rol" anunciando que as discussões serão concentradas em torno da Saúde Bucal dentro do "rol" de procedimentos e eventos em saúde da RN.
  
- Martha ponderou que, pela primeira vez, o grupo se deparará com uma proposta concreta sobre a Segmentação Odontológica e que esta e a próxima reunião terão um peso maior em termos de sugestões e discussões a serem consideradas numa proposta final. Colocou os temas centrais a serem discutidos - o corpo da RN e a tabela de procedimentos - e fez uma rápida contextualização das proposições encaminhadas nos encontros anteriores, lembrando que a elaboração da proposta está tomando como base o disposto nas leis 9656 e 9961 com relação ao estabelecimento das coberturas, procedimentos obrigatórios e exclusões, definições de órteses e próteses, os prazos de carência permitidos, etc. Observou que a súmula 11 já tinha uma redação na 167, mas que precisa ser reescrita, e que na última reunião

do GT foi apresentada a proposta de revogação da Consul 11, de Saúde Mental, e também da Consul 12, na parte de transplantes. Mencinou a intenção de revogação das súmulas 10 e 11, que já estão dentro da RN, e da unificação dos "róis", mas com a publicação das segmentações em separado. Informou que antes haverá a publicação do "rol" como um todo, depois serão publicados os "róis" Ambulatorial, Médico-Hospitalar, Obstétrico e Odontológico e tudo isso será colocado no "site" e também constará de um livrinho e um CD a respeito que a agência vai preparar, já que o "rol" Odontológico não teve esse tipo de publicação anteriormente. Assinalou sobre as diretrizes clínicas, mais especificamente sobre diretriz de utilização, que o grupo não conseguiu dar conta da discussão, entretanto o tema foi razoavelmente discutido em paralelo com a ABO e CFO, além do que, na véspera, a agência recebeu contribuição da Fenasaúde com várias indicações de diretriz de utilização, que foram incorporadas na proposta e cujas dúvidas poderão ser debatidas nesta reunião.

- Martha relacionou entre as várias sugestões para incorporação de procedimentos ao "rol": cirurgia de

tumor odontogênico, clareamento de dente despulpado, consulta de condicionamento, mantenedor de espaço, radiografia panorâmica, tumor ósseo, exereses de cisto, aplicação de cariostático, redução de luxação de ATM, tratamento cirúrgico de tumor benigno de fístula buconasal e bucossinusal, placa mio-relaxante, consulta de condicionamento. Disse que tudo isto foi incorporado à proposta, até por que respondem a uma demanda, mas ainda há dúvidas sobre o que realmente vale a pena ser incluído, o que, afinal, é o foco desta discussão, já que algumas sugestões são apenas uma sinalização de demandas que podem ser colocadas em outros lugares.

- Michele Melo - GGTAP, especialista em regulamentação - relacionou várias sugestões propostas para a RN e citou uma série de artigos para efeito de definição mais clara do contexto da RN 167 (de 9 de janeiro de 2007), tais como o Capítulo 1, das disposições gerais; o Capítulo 2, dos princípios de atenção à saúde na Saúde Suplementar; e o Artigo 5º, que estabelece que os procedimentos e eventos com cobertura obrigatória listados na RN e nos seus anexos poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e a

regulamentação dos seus respectivos conselhos de classe, respeitados os critérios de credenciamento, referenciamento, reembolso ou qualquer outro tipo de contratualização estabelecido pelas operadoras de planos de saúde. Informou que foi acatada sugestão do CFM e AMB para substituir a expressão "conselhos de classe" por "conselhos profissionais de saúde", elencou os vários artigos para os quais não houve qualquer sugestão, mas observou, entretanto, com relação à Sessão 2 do Plano Ambulatorial, Artigo 14, Inciso 2º, que houve a sinalização de que já consta da Súmula 11 a cobertura de serviço de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais, incluindo atos cirúrgicos solicitados pelo médico ou cirurgião-dentista assistente devidamente habilitado, mesmo quando realizados em ambiente hospitalar, desde que não se caracterize internação.

- Disse também que, em atendimento à sugestão da própria ANS, o Inciso 3º do Artigo 15, que já constava do Artigo 17, Parágrafo 4º, da Sessão do Plano Odontológico, foi realocado para o Plano Hospitalar sob a forma de um novo Inciso - Inciso 4º - porque, na avaliação da agência, essa cobertura é do Plano Hospitalar, então, não deve

estar contemplada no Odontológico.

- Informou ainda que foi acatada sugestão da Abramge, segundo a qual deve caber ao Plano Odontológico e não ao Hospitalar as despesas de internação, honorário do dentista e material odontológico utilizado durante o imperativo clínico em ambiente hospitalar. Ressaltou com relação ao Inciso 4º, que foi acolhida sugestão da Fanasaúde para melhor definição do termo imperativo clínico, considerando-se que o imperativo clínico não pode ser uma indicação apenas do dentista, porque é também uma atribuição do médico indicar a necessidade ou não da internação hospitalar para tratamento odontológico; neste caso, foram sugeridos as modificações: Deve ser definida a internação pelo médico assistente e não somente pelo profissional bucomaxilofacial nos casos de doenças neurológicas com movimentos incoordenados, pacientes portadores de neuropatia não cooperativos, portadores de necessidades especiais com distúrbio neurológico, risco cirúrgico acima de goldman dois, coagulopatia primária ou secundária, hepatopatias (excetuando-se os casos de uso de anticoagulantes e antiagregantes), pneumopatias graves e cardiopatias com instabilidade clínica atual e

risco cirúrgico elevado. Assinalou que, no entendimento da ANS, a indicação do imperativo clínico deve ser objeto de microrregulação da operadora através dos mecanismos de regulação dispostos na Consul 8.

- Conforme Michele, o texto ficou da seguinte forma:  
Parágrafo 1º - Os procedimentos de buxomaxilofacial que necessitarem de internação hospitalar não estão cobertos pelos Planos Odontológicos, porém têm cobertura obrigatória nos planos Hospitalar e Referência;  
Parágrafo 2º - A estrutura hospitalar necessária à execução dos procedimentos odontológicos passíveis de realização em consultório que por imperativo clínico necessitem de internação hospitalar tem cobertura garantida nos planos de Segmentação Hospitalar e de Referência, incluindo o fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões, assistência de enfermagem e alimentação ministrada durante o período de internação hospitalar; no Parágrafo 3º, em atendimento à sugestão da Fenasaúde, a redação foi alterada para: Os honorários e material odontológico de uso em consultório utilizado pelo cirurgião-dentista não estão incluídos na cobertura da Segmentação Hospitalar e Plano Referência, com exceção dos procedimentos listados

no Anexo 1 desta resolução. Segundo ela, a alteração visa evitar a utilização de materiais especiais não odontológicos e de alto custo simplesmente pelo fato de alterar o ambiente ambulatorial para o hospitalar na realização de mesma cirurgia odontológica de rotina, o que foi acolhido pela agência, cuja proposta de redação é: Parágrafo 3º - nas situações em que por imperativo clínico o atendimento odontológico necessite de suporte hospitalar para a sua realização, apenas o material odontológico e honorários referentes aos procedimentos listados no Anexo 1 para a Segmentação Odontológica deverão ser cobertos pelos Planos Odontológicos. Explicou que isto significa que, se o beneficiário tem um Plano Odontológico e por uma situação de imperativo clínico necessite de uma internação hospitalar, as despesas desta correm por conta do Plano Hospitalar, mas, entretanto, se ele possui Plano Hospitalar e Plano Odontológico, todos os procedimentos cobertos no "rol" para a Segmentação Odontológica correm por conta da operadora.

- Michele colocou ainda que a redação do Parágrafo 4º ficou: os exames complementares solicitados para a internações hospitalares de natureza bucomaxilofacial ou

para procedimentos odontológicos que, por imperativo clínico, demandarem internação terão cobertura assegurada pelos planos de assistência à saúde da Segmentação Hospitalar e Plano Referência, inclusive, quando solicitados pelo cirurgião-dentista assistente, habilitado pelo respectivo conselho de classe, desde que restrito a finalidade de natureza odontológica. Conforme ela, na realidade, se trata de uma cobertura do Plano Hospitalar que estava alocada na sessão do Plano Odontológico. Finalizou dizendo que o Art. 18, onde o "rol" de procedimentos para os Planos Odontológicos se encontra listado em resolução específica, será retirado porque, agora, a proposta é de uma resolução unificada e com um anexo único, que reúne as RNs 154 e 167.

- Benício - CRO - indagou sobre imperativo clínico, se para haver a internação é necessário o aval do médico?
- Martha deixou claro que o imperativo clínico caracteriza-se pelo atos que se impõem em função das necessidades clínicas do paciente com vistas à diminuição dos riscos decorrentes de uma intervenção e que sua indicação poderá ser definida mediante mecanismo de regulação da operadora. Destacou que mecanismos de

regulação são alguns atos que a operadora pratica para regular sua própria operação, o que é também chamado de microrregulação, mas que, na realidade, é uma auditoria, e que a ANS tem alguns instrumentos pra regular esses mecanismos de regulação, que são as regras que definem o que pode ou não ser feito, o que é abusivo, etc. Ela destacou que os mecanismos de regulação das operadoras também têm que ser tratados dentro da RN de forma que não sejam usados para cercear acesso ou reduzir o tempo dos procedimentos, mas que seja uma ferramenta para gerenciar a organização dos serviços.

- Virgínia Lucas - Ministério da Saúde - achou estranho na proposta sobre imperativo clínico que o paciente com Plano Hospitalar, em caso de internação para procedimento odontológico, tenha que pagar por fora os honorários médicos e materiais, que não seriam, então, cobertos pelo Plano Odontológico. Comentou que dessa forma, não havendo o imperativo clínico, o paciente não vai se internar, para que o Plano Odontológico arque com aquelas despesas.
- Martha explicou que nos casos em que o paciente tem os dois planos, odontológico e hospitalar, e se internar

por imperativo clínico, cada segmentação paga a sua parte; num segundo cenário, em que o paciente tem apenas o hospitalar, ele terá cobertura da parte odontológica, incluindo honorários e procedimentos. Esclareceu que o plano odontológico é, por definição, ambulatorial, razão pela qual não precisa ter um hospital credenciado, referenciado, dispor de rede hospitalar, logo, não tem como pagar o hospital e, portanto, é o paciente que terá de fazê-lo. Reforçou que a sugestão da ANS é criar um mecanismo regulatório prevendo que seja usado na internação o mesmo material que seria utilizado no ambulatório,

- Josias - Fenasaúde/área odontológica - colocou que a discussão sobre imperativo clínico não lhe pareceu clara na resolução quanto ao paciente ter de arcar com os custos dos materiais, já que o que se percebe frequentemente é o abuso de profissionais que tentam internar o paciente para fazer, por exemplo, uma remoção de dente incluso usando material especial, configurando uma cirurgia muito mais cara, ao passo que o mesmo procedimento é muito mais barato quando feito em ambiente ambulatorial, em que a abordagem é muito diferente.

- Marta retocou que o tema é mesmo complexo e que precisará haver alguma regra de auditoria para dar conta de regular todas as formas de internação, bem como a questão dos materiais, para coibir possíveis abusos.
- Josias colocou que a proposta da Fenasaúde fala de uso de materiais de uso no consultório, o que, embora redundante, pacificaria o impasse, que, na prática, é um eterno cabo de guerra em que o dentista sempre vai dizer que precisa de algo que o ambiente ambulatorial não necessaria de fato.
- Maria Júlia considerou que questões de cobertura hospitalar como a levantada por Josias são, normalmente, resolvidas através das juntas e disse também que a microrregulação ou mecanismo de regulação tem que estar claro, antes de tudo, para o consumidor.
- Alberto perguntou se nos casos de urgência nos pacientes que só possuem o Plano Odontológico e que necessitam de internação hospitalar, quem garante o recebimento dos serviços hospitalares por parte do hospital?

- Martha assinalou que, quando a proposta fala de urgência, está referindo-se aos casos de bucomaxilofacial, que está no "rol" da Segmentação Hospitalar e não no da Odontológica.
- Benício observou ainda sobre os abusos médicos, a necessidade de haver maior respeito ao paciente. Disse que essa rotina tem que mudar e o profissional precisa ter liberdade de decisão clínica para solicitar o que é necessário ao tratamento e, ainda, que as operadoras e a própria agência têm que buscar novos meios para punir tanto o profissional como o paciente que comete abusos.
- Martha iniciou o bloco de discussões sobre a tabela de procedimento do "rol" da RN. Explicou que são usadas três tabelas de referência, uma com o que já estava na 154, para que seja verificado se houve desmembramento, unificação, ajustes de nomenclatura; uma segunda tabela traz o que está sendo sugerido para a consulta pública; e uma terceira apresenta as sugestões que não foram incluídas na proposta que irá à consulta pública.
- Michele discorreu sobre as sugestões de ajustes de nomenclatura feitos nos procedimentos da tabela da 154

para que eles fiquem compatíveis com a nomenclatura do CIPI. Citou como exemplos a hemorragia bucal e labial, que se desmembrou em curativo com ou sem aplicação de agente emostático e sutura de ferida bucomaxilofacial; curativo em caso de odontalgia aguda, pulpeltonia ou necrose passa a se chamar tratamento de odontalgia aguda, englobando todas as indicações; a imobilização dentária temporária e a imobilização dentária permanente foram unificadas em imobilização dentária; a recimentação de trabalho protético se transformou em recimentação de peça protética; a drenagem de abscesso intraoral passou a se denominar drenagem de abscesso hematoma (fleman) da região bucomaxilofacial; no reimplante de dente avulsionado houve compatibilização com a nomenclatura da CBHPO e o procedimento passou à denominação de reimplante de dente avulsionado com contenção; a radiografia periapical foi adaptada para radiografia periapical, interproximal, oclusal; a fluoroterapia passou a se chamar aplicação tópica de flúor de sensibilização dentária; a restauração a pino foi excluída, conforme sugestão da ABO Nacional e CFO, como também a restauração de ângulo; o ajuste oclusal assumiu a forma de ajuste oclusal por desgaste seletivo por sessão, que é a forma como está na CBHPO; a biópsia

de boca passou a biópsia de glândula salivar; a biópsia de lábio e biópsia de mandíbula passam a integrar a lista dos procedimentos da Segmentação Odontológica; a cirurgia de tórus unilateral e cirurgia de tórus bilateral foram unificadas na forma de cirurgia para tórus ou exostose; excisão de mucocele e excisão de rânola foram unificados para exereses ou excisão de râmula, mucocele ou cálculo salivar; exodontia simples foi ajustada para exodontia simples de permanente; exodontia de tecido para exodontia simples de tecido, redução cruenta de fratura alveolodentária passou a se chamar redução de fratura alveolodentária; sucoplastia foi ajustado para aprofundamento ou aumento de vestibulo; ulectomia e ulotomia foram unificados em ulectomia/ulotomia; hemissecção com ou sem amputação radicular passou à amputação radicular com ou sem obturação retrógrada e odontosseccção, que podem ser feitos separadamente ou em conjunto.

- Josias observou que uma série de sugestões da CBHPO foram acatadas na tabela de procedimentos da proposta da ANS, mas, na odontologia, o que se conhece publicado é a VRPO e propôs que também seja publicada no site a mesma tabela que a agência vem usando como referência.

- Martha esclareceu que foi necessário que a ANS se antecipasse porque o "rol" vai ser publicado em dezembro, janeiro, para começar a valer mesmo em abril, quando a tabela da CBHPO, provavelmente, já estará publicada e, portanto, haveria duplicidade e o trabalho teria de ser refeito, restando à agência a alternativa de se adiantar na padronização da nomenclatura, mas, como instituição, ela não pode divulgar a tabela, que, por sinal, ainda não está pronta. Contudo, ressaltou que a ANS pode pedir autorização ao CFO ou ABO para disponibilizá-la depois de finalizada.
- Benício esclareceu que a tabela CBHPO está em processo de finalização, não foi oficialmente repassada nem para a ANS nem para as operadoras, salvo alguns procedimentos descritivos colocados à disposição da agência para se tentar ganhar tempo na elaboração da RN. Disse também que havia uma resistência muito grande dentro do Conselho quanto a ceder a tabela, mas assegurou que o objetivo do órgão e das entidades é contribuir para que a tabela venha a favorecer a Saúde Suplementar. Acrescentou que a tabela, que deve ter de 300 a 400 procedimentos, será publicado na TUS, tabela 1 de Saúde

Suplementar, onde o "rol" está incluído.

- Márcio comentou que as entidades gastam um dinheirão pra elaborar esses estudos, inclusive, a CBHP custou cerca de R\$ 5 milhões, bancados pelos médicos e entidades, para depois a tabela ser oferecida de graça ao mercado, e ainda surge esse tipo de indagação, se há desconfiança por parte das operadoras. Portanto, sugeriu que, a partir de agora, as operadoras comecem a contribuir financeiramente para a elaboração desses estudos.
- Michele iniciou a abordagem da tabela com os procedimentos sugeridos incluídos na proposta que será submetida à consulta pública. Citou entre os principais: consulta de condicionamento em odontopediatria, geriatria e pacientes com necessidades especiais, apresentada pela ABO Nacional e CFO; cirurgia de tumores odontogênicos com ou sem reconstrução, sugestão da Unidas e Fenasaúde, com diretriz de utilização; cirurgia de tumores osteocartilaginosos na mandíbula ou maxila, com ressalva da Fenasaúde para que se faça uma diretriz de utilização para que o procedimento seja feito desde coberto pelo Plano Ambulatorial; inclusão de exereses de pequenos cistos da maxila ou mandíbula, apresentada pela

ABO Nacional, Unidas e Fenasaúde; tratamento cirúrgico de fístulas buconasais ou bucossinusais, com diretriz de utilização; tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles da região bucomaxilofacial, mediante diretriz de utilização; tratamento não cirúrgico de luxação da ATM, desde que seja possível a realização em ambiente ambulatorial.

- Josias frisou que sua entidade não concorda com a proposta de inclusão das próteses na cobertura e considerou que, se esses procedimentos forem incluídos, haverá um impacto da ordem de 40% no custo básico do Plano Odontológico, o que vai deixar uma parcela muito grande de segurados de fora do sistema.
- Marco Antônio Manfredini - Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde - defendeu a inclusão das coroas de reabilitação por entender que elas são uma questão de manutenção e preservação da saúde bucal das pessoas que hoje se beneficiam da Odontologia Suplementar.
- José Alves - Uniodonto - disse que corrobora com as declarações contra a inclusão das próteses, até por que

a odontologia, hoje, está passando por um processo de desvalorização, o que significa que o setor teria consequências muito grandes com a mudança nos contratos coletivos por adesão, com reflexos na própria profissão.

- Cláudia disse que a grande preocupação é quando se fala de qualquer aumento significativo e a expectativa de todos é de que vai haver um aumento de custo muito importante com a inclusão das próteses e que isso será repassado ao consumidor final, ao mesmo tempo em que há uma massa grande de pacientes que precisam da utilização básica, especialmente para doenças infecciosas.
- Benício salientou que entende a preocupação das operadoras com o aumento do custo dos serviços com a inclusão, mas disse que o "rol" de procedimento odontológico, na realidade, aumentou muito pouco durante toda a sua existência e que é chegada a hora de encarar a coisa de frente. Declarou, portanto, que o CRO se posiciona a favor da manutenção das próteses por entender que ela é justa, além do que o papel do Conselho é defender os interesses da população.
- Geraldo - Santas Casas - colocou que, além de não

concordar com a incorporação da prótese, a efetivação da medida traria como primeiro problema a recomposição de preços pelas operadoras que, por sua vez, teriam que fazer o repasse ao consumidor. Advertiu, entretanto, que a Agência Nacional de Saúde, hoje, está restringindo o reajuste para planos individuais, o que, portanto, colocaria em risco a própria sobrevivência das operadoras. Enfatizou que as Santas Casas são contra a incorporação no "rol" de qualquer item que comprometa o reequilíbrio financeiro dos planos individuais.

- Ronei - Unidas - ressaltou que Saúde Suplementar significa colocar um pouco mais de saúde naquilo que o governo faz e que o setor dá atendimento primário à população em termos de odontologia técnica, porque cuida de cáries e várias doenças que deveriam estar sendo cuidadas na atenção primária. Lembrou que foi secretário municipal da Saúde duas vezes e sabe bem como funciona o setor público. Mencionou também que os planos odontológicos que cobram uma ninharia devem ser punidos, fiscalizados, auditados e fechados no caso de irregularidades.
- Heitor argumentou que a operadora está definida no papel

de oferecer saúde integral, o que está contemplado nos planos hospitalares, e que uma prótese odontológica não representaria mais do que o impacto de uma prótese cardíaca, por exemplo. Para ele, não se pode fugir da obrigação e a agência tem a função primordial de ver qual a possibilidade de absorção disso pelo sistema e se preocupar em, quem sabe em cinco anos, sanear financeiramente as operadoras para que elas possam oferecer o serviço, pois há evidência suficiente para se dizer que incluindo a prótese, mesmo que algumas pessoas não possam pagar, muitas outras vão querer pagar porque terão direito a um novo atendimento que hoje elas não têm.

- Josias pontuou que a ANS é complementar mas não complementar, não pode fazer o que o SUS não está fazendo. Explicou que, conforme a lei, as exclusões do "rol" se referem às próteses não ligadas ao ato cirúrgico. Portanto, para ele, dentro dessa definição não cabe cobertura do mantenedor de espaço nem da placa miorrelaxante, mas do bloco ou da coroa, que são o centro da discussão, não são procedimentos estéticos, fazem parte direta da saúde bucal.

- Sérgio lembrou que o produto odontológico tem características individuais específicas que o diferem muito da área médica e, hoje, quem compra um plano está preocupado em comprar o seu tratamento. Colocou que, se não houver mecanismos de regulação, por exemplo, para procedimentos como próteses, haverá um complicador enorme, porque, por adesão, é possível ao segurado sair do plano ao concluir o tratamento e quem fica com essa conta 99% das vezes são as empresas odontológicas.
- Rui ponderou que a ideia de trazer novas propostas para inclusão no "rol" é justamente de não mexer no equilíbrio econômico do setor, mas é preciso ter um pouco de aumento de custo para ampliar o grau de atenção. Disse também que,
- se a agência fizer um estudo sobre todas as opções colocadas, verificará que quase todas têm cobertura pelos planos, envolvendo coroa provisória metálica, com metalocerâmica, o que o setor precisou garantir para viabilizar esse grau de atenção.
- Martha disse que, quando a agência fala de "rol" mínimo, é porque acredita que a cobertura mínima é a mínima para se dar algum tipo de tratamento e que o sistema funciona

por mutualismo, então, não existe um "rol" para a criança e um "rol" para o velho, porque senão seria pagamento direto pelo procedimento.

- Josias reforçou que o que está excluído da lei são as próteses ligadas ao ato cirúrgico e tratamento de canal não é cirurgia, exige que seja feita uma restauração, mas não precisa necessariamente de colocação de prótese.
- Sérgio falou da importância de se buscar responsabilidade social, já que no Brasil as coisas não acontecem como nos países desenvolvidas, onde o cooperativismo, efetivamente, tem participação no desenvolvimento. Destacou que lhe preocupa verificar que as cooperativas, que usam o mutualismo dos dois lados, para comprar e vender os seus produtos e serviços não querem o mutualismo de uma forma bastante ampla, no sentido de oferecer maior acesso da população. Disse também que as políticas dos governos não assumem isso.
- Ana Cláudia - CITEC - também considerou que a reabilitação deve ficar de fora do tratamento integral do paciente.

- Benício deixou claro que a discussão é também política e reiterou a posição do Conselho de que tem que haver uma regulamentação da questão da prótese.
- Marcos informou que o Brasil tem hoje cerca de 18 mil equipes de saúde bucal no programa da saúde da família, beneficiando 80 milhões de pessoas e foram criados mais de 600 centros de especialidades odontológicas, de tal forma que o recurso que se gasta hoje na área da saúde bucal pelo Ministério da Saúde é 10 vezes maior do que se gastava há sete anos. Informou que fruto da ação do poder público, através da fluoretação das águas, adoção dos sistemas preventivos, tem havido uma grande mudança do efeito epidemiológico das doenças bucais mais prevalentes no País, e que as crianças, hoje, têm um índice de cáries 70% menor que há 10 anos. Citou dados do Sinog, de 2001, que mostra que o total da despesa assistencial foi de R\$ 189 milhões e o total da receita, somando a odontologia de grupo e a cooperativa, foi de R\$ 345 milhões, que dá, portanto, uma proporção de 54,7% na relação despesa assistencial versus receita do setor odontológico. Acrescentou que, em 2007, a despesa assistencial foi de R\$ 514 milhões e a receita de mais de R\$ 1,69 bilhão, o que dá uma relação entre despesa

assistencial com o setor odontológico versus total da receita, de 48%.

- Alfredo disse que em sua avaliação, a Segmentação Odontológica traz algumas diferenças importantes da Médico-Hospitalar, principalmente quanto ao enorme espaço do crescimento do mercado, podendo saltar de 10 milhões para 40 milhões de consumidores num espaço de tempo bastante pequeno. Ele acredita que o setor da odontologia privada deve estar construindo alternativas ao plano de saúde como consórcios, por exemplo.
- Michele citou vários itens da tabela de procedimentos sugeridos que não foram incluídos na proposta da ANS que irá à consulta pública: aparelho ortodôntico removível interceptativo, colesterolemia, conserto em prótese total ou parcial, consulta com fonoaudiologia, consulta especializada, consulta odontológica de urgência e emergência, controle pós-operatório por sessão, exame de glicemia, exame de hemograma completo, manutenção do tratamento periodontal cirúrgico, embasamento de prótese total ou parcial, tratamento de estomatite herpética, estomatite por candidose, entre outros.

- Martha explicou com relação às exclusões que os aparelhos ortodônticos e dentaduras foram deixados de fora por conta dos parâmetros legais; quanto aos exames laboratoriais, havia a proposta de inclusão, mas foi preciso fazer o levantamento de custo e a argumentação da ANS foi de que os Planos Odontológicos vão acompanhar os Médico-Hospitalares, o que significa, em teoria, que pode haver venda acoplada e, portanto, duplicidade de pagamento por um mesmo procedimento; já as consultas especializadas de urgência e emergência, pós-operatória de manutenção de tratamento, foram excluídas também para se evitar duplicidade tanto de pagamento como de informação.
- Geraldo sugeriu sobre os procedimentos de próteses, que a ANS reveja os fatores de regulação sobre as DLP, principalmente no que diz respeito ao tempo de carência dos planos.
- Martha esclareceu que as DLPs são doenças e lesões preexistentes que devem ser declaradas pelo segurado quando da adesão a um plano Médico-Hospitalar e têm, nos casos de procedimentos de alta complexidade (Pacs), cobertura parcial temporária.

- Martha assinalou que o encaminhamento da proposta final da RN quanto à Segmentação Odontológica não deverá sofrer grandes alterações, mas ainda precisará de sugestões sobre diretriz de utilização e que na próxima reunião a proposta da resolução deverá ser toda repassada, inclusive a tabela.