

DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS PROPOSTAS DE MODELOS DE REMUNERAÇÃO EM TELEODONTOLOGIA NO BRASIL

CHALLENGES FOR THE IMPLEMENTATION OF NEW PROPOSALS OF REMUNERATION MODELS IN TELEDENTISTRY IN BRAZIL

Hudi Hud Said Shuqair

Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Curso de formação de Empreendedorismo em tecnologia e informática em saúde, Departamento de Informática em Saúde (EPM/UNIFESP), São Paulo, Brasil.

hsshuqair@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9158-8038>

Izabela Felicio Chaves

Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Curso de formação de Empreendedorismo em tecnologia e informática em saúde, Departamento de Informática em Saúde (EPM/UNIFESP), São Paulo, Brasil.

ifelicio@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6926-8828>

Antonio Valerio Netto

Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-graduação em gestão e informática em saúde. Departamento de Informática em Saúde
avnetto@unifesp.br

 <https://orcid.org/0000-0001-9215-8531>

DOI: <https://doi.org/10.36942/reni.v6i2.425>

RESUMO

O artigo tem como objetivo expor os principais desafios para implementação de modelos de remuneração para teleodontologia tendo como base a realidade econômica e cultural do País. O estudo busca promover a reflexão do setor com relação à remuneração dos prestadores de serviço a distância, garantindo a qualidade desses serviços prestados e não somente se baseando na redução de custos. Realizou-se uma análise crítica da literatura acadêmica acerca dos temas envolvendo modelos de remuneração e teleodontologia na forma de uma revisão narrativa, visando levantar seus desafios e possibilidades de consolidação. A inovação está na construção de uma correlação entre modelos de remuneração e sua adequação para os modelos de negócio envolvendo a teleodontologia no Brasil. Estudo das relações e o impacto dos modelos de remuneração vinculados a teleodontologia identificou que os mesmos são baseados em valor. O custo, a efetividade e a qualidade no serviço são garantidas com a utilização da associação de modelos baseados no FFS + capitation, capitation + assalariamento e FFS+P4P. Esta pesquisa apresenta uma importante discussão sobre os benefícios de implementar a teleodontologia nos serviços de saúde bucal de rotina, além de compreender sua eficácia e eficiência nos processos odontológicos. A pesquisa também contribui para entender o impacto econômico baseado não apenas em redução de custos para oferta de serviços, mas em compreender os modelos de remuneração adequados para suportar estas atividades.

Palavras-chave: Teleodontologia; modelos de remuneração; saúde digital.

ABSTRACT

The present study aims to expose the main challenges for the implementation of remuneration models for Teledentistry based on the economic and cultural reality of the country. The study seeks to promote the reflection of the sector regarding the remuneration of distance service providers, guaranteeing the quality of these services provided and not only based on cost reduction. A critical analysis of the academic literature on the subjects involving models of remuneration and Teledentistry was carried out in the form of a narrative review, aiming to raise its challenges and possibilities for consolidation. The innovation lies in building a correlation between remuneration models and their suitability for business models involving Teledentistry in Brazil. A study of the relationships and the impact of remuneration models linked to Teledentistry identified that they are based on value. Cost effectiveness and quality of service are guaranteed with the use of the association of models based on FFS + capitation, capitation + salary and FFS + P4P. This research presents an important discussion on the benefits of implementing Teledentistry in routine oral health services, in addition to understanding its effectiveness and efficiency in dental processes. It also contributes to understanding the economic impact based not only on cost reduction for the provision of services but on

understanding the appropriate remuneration models to support these activities.

Keywords: Teledentistry; remuneration models; digital health

JEL Classification: I11 Analysis of Health Care Markets.

1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo expor os principais desafios de implementação de modelos de remuneração para teleodontologia tendo como base a realidade econômica e cultural do país. O estudo busca promover a reflexão do setor com relação à remuneração dos prestadores de serviço a distância, garantindo a qualidade desses serviços prestados e não somente se baseando na redução de custos. A temática referente ao modelo de remuneração tem sido o foco de discussões. Modelos alternativos ao “*Fee For Service*” tem sido implementado, tanto no cenário público como privado, e já vem apresentando pontos positivos. No contexto brasileiro, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) adotou a provocação de inserir novas maneiras de remuneração nas tratativas financeiras entre as operadoras e os prestadores de serviços em saúde. Dentre as novas opções de remuneração baseadas em valor, o destaque principal se dá por enfatizar a qualidade dos serviços prestados e não apenas em diminuir os custos (Gestão, 2019). Neste artigo, realizou-se uma análise crítica da literatura acerca dos temas envolvendo modelos de remuneração e teleodontologia, na forma de uma revisão narrativa, visando levantar seus desafios e possibilidades de consolidação.

A expansão da área da saúde com o ingresso de novas tecnologias e serviços, associado ao elevado número de usuários permitiu oferecer um atendimento mais qualificado a fim de minimizar as iniquidades sociais, e de acordo com Moraes e Silva (2015) gerando um aumento das pressões sobre as organizações e sistemas de gestão. Da mesma forma, a busca por novos modelos de assistência em saúde impulsionam prestadores de serviços a expandir e adaptar seus modelos de negócios para um novo perfil de mercado (Tizatto, 2016).

Entretanto, de acordo com Sória *et al.* (2002), o setor odontológico enfrenta um modelo contraditório, representado pelo aumento da população, carente de serviços odontológicos com problemas de saúde bucal, e ao mesmo tempo, a explosão e concentração desigual de profissionais no mercado em diferentes regiões e estados do Brasil. Sob este ponto de vista, Amâncio Filho *et al.* (2008), verificaram que os dados levantados a partir de indicadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram o desequilíbrio entre as necessidades de mercado e a oferta crescente destes profissionais, apresentando consequências indesejáveis para ambos, provedores e usuários.

Emmi *et al.* (2019) realizaram um estudo documental analítico a fim de identificar a distribuição de cirurgiões-dentistas no estado do Pará, com base nos dados dos Conselhos Federal e Regional de Odontologia do Pará, e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Verificou-se a tendência dos profissionais de odontologia de se estabelecer nos municípios com maior renda e Índice de Desenvolvimento Humano por Município (IDH-M), confirmando a má distribuição dos profissionais no estado. Os estudos indicam a necessidade de promover uma política de interiorização dos provedores de saúde, o que irá beneficiar uma maior cobertura e melhor prestação de serviços de saúde bucal à população.

Diante disso e considerando principalmente o cenário nacional: “A telessaúde apresenta uma alternativa de melhoria da qualidade do atendimento, na ampliação das metas de ações ofertadas por equipes de Atenção Básica de Saúde (ABS) e na extensão da capacidade clínica, incluindo também serviços de odontologia” (Telessaúde, 2020).

Como campo de conhecimento integrante da telessaúde, o conceito da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) dentro do contexto dos avanços da computação associada à rapidez da informação, permitiu exercer a distância, as profissões da saúde, como é o caso da odontologia (Costa *et al.*, 2011). De acordo com Celes *et al.* (2018) e Teixeira *et al.* (2018), a telessaúde e seus desdobramentos frente às novas tecnologias asseguram o conceito de assistência integral à saúde por meio das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS). Para Teixeira *et al.* (2018) e Skelton-Macedo *et al.* (2012) os canais de telessaúde no Sistema Único de Saúde (SUS) permitem a troca de

informações ou opiniões entre os profissionais de saúde, e entre, estes e seus pacientes, buscando uma melhor assistência. Neste sentido, o programa telessaúde do Espírito Santo tem como proposta oferecer um ambiente exclusivo e seguro de troca de informações entre as ESB, fortalecendo o conhecimento e as experiências com a participação direta dos dentistas (Santos *et al.*, 2018).

As trocas de informações entre as equipes da APS e do núcleo de telessaúde do Mato Grosso, por meio de perguntas e respostas estruturadas, geraram a redução do número de encaminhamentos e deslocamentos geográficos desnecessários dos usuários do SUS. O programa de telessaúde integrado às ESF e APS forma uma rede capilarizada de informações e serviços impulsionadas pelas tecnologias presentes (Correia *et al.*, 2014). Outro destaque é o “Estomato Net” alocado no Rio Grande do Sul que presta serviço para telediagnóstico de doenças bucais (Carrard *et al.*, 2018). Esse programa promoveu a redução dos encaminhamentos de consulta presencial, além de um melhor direcionamento e resolução dos casos, evitando filas e atrasos no diagnóstico.

Ao longo dos anos, os avanços da TIC foram incorporados gerando mudanças significativas no campo da saúde. O advento da COVID-19 tornou o seu uso indispensável com o objetivo de limitar o contato direto e promover a segurança das equipes de saúde bucal (Carrer *et al.*, 2020). A internet, por meio dos dispositivos móveis, acelera a sua utilização como ferramenta para prestar serviços a distância entre dentistas e pacientes que necessitam de acompanhamento (Giudice *et al.*, 2020). Trabalho publicado recentemente (Meurer *et al.*, 2020) vem consolidar o modelo de tele-estomatologia junto à disciplina de medicina oral. A telessaúde da Universidade de Santa Catarina (UFSC) apresentou um modelo de fluxo onde o dentista da APS envia imagens e dados para que sejam realizadas análises em busca de diagnósticos de lesões bucais. A partir das imagens coletadas, a telessaúde orienta o diagnóstico e realiza o encaminhamento do paciente. Dependendo do estágio da patologia, o tratamento é direcionado para equipes especializadas do hospital universitário.

Dentro deste contexto, a teleodontologia torna-se uma ferramenta útil para complementar as tradicionais formas de atendimento de serviços em saúde bucal (Giudice *et al.*, 2020; Carrer *et al.*, 2020; Ghai *et al.*, 2020). A teleodontologia tem o

objetivo de oferecer e ampliar os serviços de saúde a distância por meio da utilização das TICs. Carrer *et al.*, (2020) ressaltam a importância das TICs como aliada para aumentar o acesso aos usuários e prestadores de serviços, pois permite a redução de barreiras geográficas. Para Estai *et al.* (2018a), a TIC tem o potencial de identificar populações de alto risco, apoiando o tratamento local, reduzindo custos em deslocamentos e viagens desnecessárias, além de perda de produtividade. Da mesma forma, a teleodontologia está associada à várias oportunidades na contemplação de novos serviços para o atendimento e qualificação do binômio ensino-saúde entre as equipes profissionais e seus usuários (Chen *et al.*, 2003; Skelton-Macedo *et al.*, 2012; Caldarelli; Haddad., 2016). Tella *et al.* (2019) e Estai *et al.* (2018a) apontam os desafios na superação de sua aplicação prática caracterizada por discrepâncias na disponibilidade e prestação de serviços em saúde bucal decorrente de barreiras sociais, culturais e geográficas.

Uma revisão sistemática relacionada à eficiência do uso das tecnologias, elaborado por Alabdullah e Daniel (2018), verificou melhorias em relação ao custo/benefício em populações rurais atendidas, com redução de gastos para deslocamentos. Ainda neste estudo, destaca-se a importância da teletriagem em estudos epidemiológicos de possíveis lesões bucais, cujo acesso e tempo de deslocamento representavam entraves para realização de triagem presencial. A teleodontologia aborda também os aspectos de tele-educação interativa, desenvolvimento de ferramentas e programas de promoção de saúde bucal, supervisão de tratamentos a distância, além de teleconsultoria por especialistas (Costa *et al.*, 2011).

O termo teleodontologia foi usado pela primeira vez em 1997 e foi definido como: prática de usar a tecnologia por videoconferência para fornecer diagnósticos e conselhos sobre tratamentos da saúde bucal (Moraes *et al.*, 2006). Contudo, as mudanças desde a década de 90, inclusive com relação à transmissão de dados e manutenção do sigilo das informações, incentivaram os especialistas a ampliar o uso da teleodontologia como ferramenta para melhorar os cuidados da saúde bucal. Diferentes modalidades de atendimento são aplicadas por meio da: teleorientação, teleconsultoria, tele-educação e telemonitoramento.

A teleorientação, já praticada por meio dos canais de telessaúde no SUS, apresenta os elementos de teleassistência e tele-educação utilizando a TIC como intercâmbio de informações válidas para diagnósticos, prevenção e educação permanente dos provedores de cuidado com a saúde, assim como para fins de orientação e programas de educação para os usuários em busca de melhor assistência (Skelton-Macedo *et al.*, 2012; Celes *et al.*, 2018; Caldarelli *et al.*, 2016).

A teleconsultoria permite um acesso a distância onde o cirurgião dentista pode solicitar opiniões, dúvidas ou esclarecimentos sobre um caso onde as informações podem ser enviadas e trocadas de forma síncrona (telefone, web ou videoconferência) ou de forma assíncrona (armazenadas e enviadas por meio de mensagens instantâneas ou e-mails), como o envio de imagens fotográficas, laudos radiográficos e tomografias usando plataformas apropriadas para o esclarecimento de dúvidas e geração de diagnóstico (Cartes-Velásquez e Bustos-Leal, 2012; Skelton-Macedo *et al.*, 2012; Jampani *et al.*, 2011).

A tele-educação permite a educação contínua de profissionais da odontologia, através de videoconferência com grupos de estudos de apoio técnico-científico, orientando-os a melhores tomadas de decisões frente a condutas clínicas e atualizações científicas, bem como de forma semipresencial, reduzindo custos com viagens e deslocamentos (Celes *et al.*, 2018; Correia *et al.*, 2014).

O telemonitoramento na odontologia permite avaliar os parâmetros de saúde bucal em pacientes que já estejam em tratamento e acompanhados pelo profissional responsável. Vale salientar a importância do registro eletrônico dos dados e informações clínicas do paciente no acompanhamento dos mesmos. Jampani *et al.* (2011) dão a importância de que os serviços oferecidos de forma remota devem garantir a segurança da informação do paciente, assim como o termo de consentimento informado (Jampani *et al.*, 2011; Costa *et al.*, 2011; Tella *et al.*, 2019; Ghai *et al.*, 2020). Estai *et al.* (2018b) realizou um estudo comparativo de triagem odontológica em um grupo de crianças australianas de 5 a 14 anos. Com o objetivo de redução de custos, foi comparada a triagem presencial com a teletriagem. O resultado do estudo demonstrou que a utilização de recursos poderia ser reduzida com o uso de teleodontologia em áreas de baixo risco de doenças bucais, o que possibilita a realocação de recursos em áreas

mais vulneráveis, para aumentar o acesso aos cuidados e a qualidade dos serviços odontológicos.

O Projeto de Lei 1253/20 (17/04/2020) regulamenta o tratamento odontológico a distância. A resolução 226/20 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) tornou “expressamente vedada o exercício da odontologia a distância mediado por tecnologias, para fins de: consulta, diagnóstico, prescrição e elaboração de plano de tratamento odontológico”. No entanto, as atividades de teleorientação e entre dentistas com objetivo de oferecer a assistência necessária ao paciente estão permitidas. Desde que não sejam realizadas por centrais de atendimento ou qualquer outro meio que centralize o recebimento de demandas e as distribua automaticamente. Também estão liberadas as atividades de telemonitoramento realizado pelo dentista em pacientes acompanhados a distância. Desde que estejam em tratamento, no intervalo entre consultas, com objetivo de oferecer uma melhor assistência e devendo ser registrada toda e qualquer atuação realizada neste termo (CFO, 2020).

Levantamentos realizados por Bessa (2011) demonstraram que o crescimento dos custos na área de saúde preocupa o governo, as operadoras de planos de saúde, as empresas que contratam os planos e os usuários finais. As justificativas para elevar esses gastos vão desde o aumento dos medicamentos, materiais e equipamentos médicos, até o envelhecimento da população e as barreiras de acesso ao cuidado médico. Informações como estas apontam para a necessidade de se organizar o setor oferecendo assistência odontológica ao contingente populacional que dela necessita e, ao mesmo tempo, absorver a abundância de profissionais no mercado de trabalho. Portanto, Goursand *et al.* (2015) destacam que a gestão em saúde deste setor e a compreensão das diferentes formas de organização dos sistemas de assistência e remuneração dos prestadores, tornam-se indispensáveis para resolução destes desafios.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão narrativa. As mesmas são publicações abrangentes de um determinado tema, para discorrer o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual. São compostas pela análise de literatura publicada em livros, artigos, revistas eletrônicas, sob o olhar e interpretação crítica pessoal do autor (Sallum *et al.*, 2012). De acordo com Rother (2007), as revisões narrativas podem contribuir no debate de variadas temáticas, colaborando na aquisição do conhecimento em um curto espaço de tempo.

Para as buscas foram utilizadas as seguintes pesquisas: Modelos de remuneração em saúde, Teleodontologia, Teleodontologia no Brasil e Saúde digital. As buscas para o desenvolvimento desse estudo foram realizadas manualmente em bases eletrônicas. As bases de pesquisas foram: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LI-LACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), PubMed e Google Scholar.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

O modelo assistencial de saúde suplementar apresenta um enfoque curativo no processo saúde/doença. Esses procedimentos curativos e altamente especializados executados por dentistas acabam contribuindo com a fragmentação e a descontinuidade da atenção aos cuidados do paciente de forma integral. Nesse sentido, a saturação em determinados mercados regionais e a redução de pacientes para custear tratamentos por meio de serviços particulares, estimulam as empresas odontológicas a diminuir a efetividade e a eficiência dos tratamentos no médio e longo prazo (Drago, 2019). Esse contexto impacta significativamente na resolução adequada do processo saúde/doença o que resulta em procedimentos mais complexos e onerosos (Gestão, 2019). Com o intuito de racionalizar estes custos, em 2016 foi lançada a estratégia global de recursos humanos em saúde destacando a necessidade da disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho para o sistema de saúde. Renovando o compromisso com a cobertura de saúde universal, de acordo com os

processos de contratação e remuneração, como estratégias essenciais para que a equidade no acesso aos serviços de saúde seja alcançada (Cayetano, 2019).

Em Cayetano (2019) verificou-se que o tipo de contrato gera impacto nos resultados dos serviços prestados ao paciente. Esses resultados são de extrema relevância, posto que a saúde bucal faz parte do modelo de gestão em saúde integral. Além disso, podem influenciar no cuidado prestado a partir da compreensão dos diversos modelos de remuneração, sugerindo impactos na quantidade e qualidade dos serviços ofertados aos pacientes (sobre tratamento ou subtratamento). Diante disso, entende-se que essas variações podem gerar risco à saúde dos pacientes.

3.1 Modelos de remuneração

As diferentes formas de remuneração, como os praticados pelo “*Fee For Service*” (FFS), salário fixo, capitação ou modelos mistos (combinados), são incentivos financeiros cuja a intenção é promover mudanças na atividade clínica, principalmente na atenção primária. O modelo FFS, também conhecido como pagamento por procedimento, é utilizado pelo setor privado no Brasil. A remuneração por esse modelo se dá por um valor pré-estabelecido por meio de um somatório de cada procedimento realizado (materiais, medicamentos, honorários profissionais, diárias hospitalares e exames complementares). A principal crítica a esse modelo é o fato da demanda ser induzida pela oferta, ou seja, há um exagero de procedimentos gerados pelos prestadores de serviços que nem sempre priorizam o paciente. Isto pode resultar em uma sobreutilização dos serviços, dando preferência, inclusive, para realização de procedimentos com remuneração elevada (Gestão, 2019). No caso do Pagamento por Diárias Hospitalares (PER DIEM), trata-se de um modelo específico para pagamento de internações hospitalares. Nele são estabelecidos valores a serem cobrados por dia de permanência para cada paciente. Por ser um modelo pouco satisfatório, sua utilização na maioria das vezes é mista, ou seja, acompanhada por outro modelo (Gestão, 2019).

Existem diversos modelos de remuneração sendo utilizados como alternativas ao *Fee For Service* e ao Pagamento por Diárias Hospitalares, sendo um deles o *Payment for Performance* (P4P). O P4P apresenta efeitos positivos de equidade e custo-efetividade. O acompanhamento da qualidade de assistência por meio de indicadores de

desempenho permite a diminuição do risco de consequências não planejadas. Os serviços prestados estão voltados a uma dada população e não a um paciente específico (Gestão, 2019).

Outro modelo de remuneração existente é o *Capitation*. Neste caso se estabelece um valor fixo de remuneração por paciente cadastrado dentro de um grupo populacional em um período de tempo específico. Os recursos recebidos pelo prestador são representados pelo número de indivíduos multiplicados por um valor “per capita”. Esse valor unitário é ajustado de acordo com variáveis como: sexo e idade da população. No *capitation* existe um risco para o prestador de serviço, pois as despesas poderão exceder o custo real do serviço. O modelo pode ser parcial ou global. O *capitation* parcial engloba o pagamento de apenas alguns serviços, geralmente são cuidados primários. Os demais serviços (secundários ou terciários) são pagos fora do sistema de *capitation*. O *capitation* global implica na cobertura de todo o pacote de serviços de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) negociada entre o comprador e os prestadores de serviço (Gestão, 2019). Destacam-se três elementos principais de um sistema de *capitation* típico: 1) O pagamento está vinculado a um grupo definido de pacientes que pode ser em uma determinada área geográfica (*area captation*) por um determinado período de tempo; 2) O atendimento é pré-pago por um valor predeterminado; e 3) Há um risco para o prestador de serviço, caso as despesas excedam os pagamentos (Boachie, 2014).

A orçamentação é um modelo de remuneração prospectivo, baseado em estimativa anual de necessidades de gastos em saúde. Após aprovação financeira, o estabelecimento de saúde compromete-se a cumprir metas de desempenho. As metas são baseadas em métricas inseridas na qualidade e eficiência dos serviços prestados (Neto, 2011). O Grupo de Diagnósticos Homogêneos (*Diagnose Related Groups - DRG*) é um modelo de remuneração baseado em custo por grupos de diagnóstico ajustados por risco. Para definição de valores de pagamentos apoiados em diagnósticos, alguns aspectos devem ser considerados. O pagamento deve ser realizado por meio de uma taxa básica multiplicada pelo peso do custo relativo de cada caso, além de estabelecimento de ajustes na taxa de pagamento (Gestão, 2019; Boachie *et al.*, 2014).

Um outro modelo tradicionalmente conhecido é o assalariamento (salário fixo) ou credenciamento. Nele a remuneração não está interligada a produtividade do empregado, e sim de acordo com o montante de horas trabalhadas. Este modelo de remuneração acontece prioritariamente quando há prestação de serviços em instituições fechadas. Geralmente os médicos e prestadores de serviços em hospitais, prontos-socorros, clínicas, etc, são credenciados. Uma vantagem desse modelo está no maior interesse nos cuidados preventivos e não em incentivos a sub ou superprodução (Gestão, 2019).

O modelo *bundle* promove pagamentos entre a fonte pagadora e prestadores de serviço. Com a intenção de distribuir de forma mais equilibrada os riscos, cada etapa de cuidado com o paciente é colocado dentro de uma combinação de serviços. O *bundle* pode ser classificado como prospectivo ou retrospectivo. No primeiro, é definido um valor fixo por cada fase do tratamento. No modelo retrospectivo, o prestador de serviço é remunerado por meio do modelo tradicional FFS e ao final do cuidado as economias ou custos são distribuídos entre as partes (ICOS, 2018).

As formas mais comuns para o setor odontológico compreendem: FFS, P4P, *captation* (baseado em um número ou tipo de pacientes sob-responsabilidade do profissional) e assalariamento (Sória et al., 2002; Cayetano, 2019). Estudos abordados por Sória et al. (2002) analisaram duas modalidades de remuneração FFS e *captation*. Os modelos estudados foram baseados em três aspectos: relacionados com o profissional, cuidados com os pacientes e as consequências para o sistema de assistência à saúde. No modelo FFS os impactos gerados nos cuidados com o paciente foram satisfatórios, não havendo risco financeiro para o profissional. A efetividade do tratamento deve ser considerada com uma possibilidade de sobre tratamento. No modelo de *captation* o valor recebido independe do tratamento que será realizado. Isso pode gerar uma baixa expectativa no serviço ofertado pelo profissional, para que os custos não ultrapassem o valor estipulado, assim como para o usuário, por não obter o tratamento esperado. Para o sistema de saúde deve ser considerada a possibilidade de subtratamento.

Foi realizada por Cayetano (2019) uma revisão sistemática de literatura de modelos de remuneração. Nela as formas de contratação de dentistas variam em

diversos países pelas características do sistema de saúde, como também no setor ser público e privado. Os métodos mais empregados de remuneração baseados no tipo de contrato e o impacto no cuidado do paciente, foram FFS, assalariamento, *captation* e combinação das modalidades anteriores. Dentre os estudos mais conclusivos destacam-se dois trabalhos apresentados na Noruega onde verificaram que, modelos de remuneração combinados de *captation* e salário fixo, levaram ao aumento no número de pacientes sob supervisão sem queda de qualidade no tratamento. Na Escócia os modelos de remuneração utilizados nos serviços públicos e privados são baseados no salário fixo mais taxas por serviço. Esses modelos foram utilizados nas consultas de *check-up* odontológico. Os estudos concluíram que o impacto foi substancial na utilização dos serviços como otimização de incentivo para consultas de retorno.

Outro estudo realizado na Inglaterra comparou dois modelos de remuneração FFS e *captation*, e observou que no sistema de captação os pacientes recebiam mais procedimentos preventivos e menos tratamentos restauradores e extrações. Em outro estudo realizado também na Inglaterra foi examinando o impacto de mudanças de contrato com dentistas utilizando o modelo FFS. Neste estudo, a escolha por tratamentos executados em menor tempo aumentaram, enquanto tratamentos que consomem maior tempo ou aqueles de maiores custos foram reduzidos, concluindo que as formas de pagamento interferem na conduta clínica do profissional. Estudos qualitativos realizados no Reino Unido avaliaram a influência de incentivos com diferentes sistemas de remuneração e observaram uma grande preocupação com contenção de custos do modelo FFS, influenciando nos serviços prestados aos pacientes.

Os estudos que tratam de seguros odontológicos e suas implicações no mercado de trabalho são escassos. Estudos realizados nos Estados Unidos observaram que os planos de saúde odontológicos pelo método FFS ampliaram o tratamento odontológico tanto no setor privado como público, além de ser benéfico para os profissionais. Desta forma, os estudos mostram que ainda é escasso o conhecimento das atividades realizadas por modelos de remuneração em planos odontológicos, principalmente quando se refere à possibilidade de tratamento ou subtratamento.

A ANS tem elaborado projetos para definição de melhores formas de prestação e novos modelos de remuneração de serviços no setor odontológico. O objetivo é tornar

o usuário como centro das ações por meio de divisão de cuidados em módulos que compõem a prevenção e o tratamento. A proposta é que 70% do cuidado estejam focados na atenção básica. A introdução de um agente como gestor do cuidado, paralelamente à utilização de sistemas de informação por meio de indicadores e medidas de qualidade, permite acompanhar o monitoramento do cuidado tanto do beneficiário quanto da atenção do prestador de serviços. Assim os melhores prestadores também são remunerados pelas melhores práticas (ANS, 2018). Este modelo de serviço incorpora o FFS com bônus por desempenho (FFS+P4P) e é chamado de Modelo de Pagamento Baseado em Valor (MPBV). Os prestadores são incentivados a aumentar sua eficiência produzindo melhores desfechos sem abandonar integralmente o modelo atual (ICOS, 2018).

3.2 Aplicação dos modelos de remuneração

A pesquisa narrativa abordou duas temáticas por meio de estudo documental, com o objetivo de conduzir o leitor na obtenção de possíveis soluções ou compreensão dos novos modelos de remuneração praticados e como podem impactar na qualidade dos serviços odontológicos prestados a distância.

A teleconsulta é uma subárea da telesaúde e também pode ser utilizada pelo profissional médico na telemedicina. Por ser um ato profissional, ele deve ser remunerado, seja por meio do formato particular (paciente é o responsável em pagar), ou pelo atendimento via saúde suplementar (plano de saúde deverá remunerar o profissional pelo atendimento prestado). Com o desdobramento devido a pandemia da COVID-19, a ANS divulgou que o pagamento de serviços médicos por meio de telesaúde, deverão ser realizados por intermédio da constatação do serviço prestado. As operadoras de saúde estão cada vez mais evoluindo no assunto, porém ainda não existe um documento que descreva os parâmetros de como se dará o pagamento dos atendimentos efetuados por telemedicina (IESS, 2020). Por outro lado, a teleconsulta na odontologia é vedada pelo CFO para os modelos de telemedicina, de acordo com a resolução 226/20. Sendo assim, dos elementos da teleodontologia, a teleconsulta não pode ser utilizada, não sendo aplicável os modelos de remuneração (CFO, 2020).

Os modelos atuais de remuneração procuram adotar os serviços de saúde baseado em valor e não por procedimentos (ICOS, 2018). O conceito de valor em saúde representa um grande desafio na prática. O valor para a saúde é representado pela relação benefício e esforço alinhado com a qualidade de serviços prestados ao paciente. Na área da saúde, o benefício está diretamente relacionado à satisfação e experiência do cliente com o cuidado oferecido. Ao passo que, o esforço representa as condições de preço e o acesso aos serviços, assim, quanto maior o benefício e menor o esforço maior é a percepção de valor pelo cliente. Dois aspectos devem ser considerados quanto ao acesso dos serviços: estrutural e geográfico. Questões de dimensionamento de rede, uso de “portas de entrada”, e processo de regulação estão relacionados às características estruturais do sistema de saúde. Por outro lado, o aspecto geográfico, está relacionado com o tempo de espera à rede de atendimento (Abicalaffe, 2015). Na teleodontologia existe uma oportunidade de ampliar os modelos de remuneração por meio de prestação de serviços de forma remota, desde que observadas dentro do contexto de viabilidade do uso das TICs, além dos modelos utilizados.

O modelo *capitation* combinado com o salário fixo, de acordo com estudos realizados na Noruega, permitiu o aumento da população atendida sem queda na qualidade do atendimento prestado. A combinação desses dois modelos se enquadra nos novos modelos discutidos atualmente que são baseados em valor (ICOS, 2018). No Brasil, pode ser aplicável na teleodontologia mediante a atuação de um dentista, por meio de teletriagem e telemonitoramento, onde é possível fazer atendimento remoto supervisionado. O modelo FFS + assalariamento aplicado em *checkups* odontológicos presenciais na Escócia, otimizou o retorno de consultas. A teletriagem pode ser eficiente nesses casos e como opção para aplicação destes modelos.

O modelo DRG pode ser aplicável em casos com encaminhamento para hospitais, após confirmação de diagnóstico de patologias bucais realizados por tele estomatologia. Em Portugal, o modelo de Grupo de Diagnósticos Homogêneos (GHD) aplicado em todos os hospitais do país, incluiu desde os honorários odontológicos até os insumos e recursos hospitalares utilizados. Existe um desafio de implantar esse modelo no Brasil devido a capacidade de geração de dados de acordo com os grupos de diagnósticos. Embora se discutam modelos mais inovadores de remuneração, o modelo DRG, poderá

ser uma proposta intermediária, exigindo dos hospitais uma maior maturidade nos custos e sistemas de informações (Abicalaffe, 2015). Já o modelo P4P associado com o FFS traz uma melhor eficiência e eficácia no tratamento atrelado aos indicadores de saúde, essenciais para que estes modelos combinados sejam efetivos (ANS, 2018; ICOS, 2018). Esses indicadores são utilizados para mensurar desempenho na qualidade de serviços dos provedores de saúde, das operadoras e a satisfação dos beneficiários. Por meio dos dados obtidos com a utilização da TIC é possível viabilizar os elementos que compõem a teleodontologia. Por outro lado, para que esse modelo tenha sucesso, altos níveis de transparência e confiança devem ser estabelecidos entre a fonte pagadora e a rede de prestadores de serviço (ICOS, 2018). Dos modelos prospectivos, o assalariamento não incentiva uma provisão eficiente do cuidado, pois o profissional não é motivado a proporcionar um atendimento qualitativo. No assalariamento os contratos são engessados e precários (Cayetano, 2019; Abicalaffe, 2015), comprometendo a qualidade do serviço odontológico tanto presencial como o atendimento online, não sendo aplicável para a teleodontologia.

Diante do exposto, entende-se que os modelos atuais de remuneração vinculados a teleodontologia são baseados em valor. O custo, a efetividade e a qualidade no serviço são garantidas com a utilização da associação de modelos baseados no FFS + *capitation*, *capitation* + assalariamento e FFS+P4P.

4. CONCLUSÕES

A melhoria do sistema de saúde suplementar contribui de forma a mediar as tensões regulando as relações dos planos de saúde bucal, prestadores de serviço (dentistas e assistentes) e beneficiários. No entanto, observa-se a insatisfação dos clientes pelo serviço executado e, por outro lado, dentistas insatisfeitos com seus honorários e baixa remuneração (Drago, 2019). Com o objetivo de promover atividades de saúde que produzam impacto para melhor desfecho clínico e otimização de recursos, as organizações de assistência odontológica procuram novas alternativas de modelos de remuneração àquelas praticadas (Gestão, 2019; Sória et al. 2002).

Modelos de assalariamento e benefícios no recrutamento de dentistas no serviço público já foram estudados em diferentes países. Nos Estados Unidos um estudo descritivo abordou os incentivos do governo por organizações de saúde como *Medicaid*, *National Health Service (NHSC)*, *Indian Health Service (IHS)*, para recrutar dentistas nos centros comunitários. Os candidatos rejeitaram vagas por citarem salários e benefícios inadequados (Cayetano,2019). Os diferentes sistemas de saúde apresentados são difíceis de comparar e avaliar por desequilíbrio de indicadores de saúde pública nos diversos países. Por outro lado, os estudos sobre Recursos Humanos em Saúde (RHS) podem contribuir para melhorar a distribuição desses recursos (Zurn *et al.*, 2004).

No caso da teleodontologia, existe uma oportunidade de se adequar os modelos de remuneração baseado em valor e não apenas no serviço prestado. Embora o CFO ainda não esteja autorizando a prática da teleconsulta, outros elementos da teleodontologia como teletriagem e telemonitoramento são permitidos e contribuem para a utilização de modelos associados como FFS+P4P. A contribuição teórica desse trabalho permitiu constatar que os modelos de remuneração isoladamente não apresentam um adequado custo efetivo, sendo assim, sugere-se que os modelos de remuneração sejam mistos, por meio de realocação de recursos. Esses modelos de remuneração aplicados na teleodontologia podem contribuir na integração do sistema de saúde bucal (atenção primária utilizada tanto pela ANS quanto no SUS). O acesso aos serviços de forma remota reduz barreiras existentes entre o profissional e o paciente, proporcionando ganho no tempo de deslocamento, melhorando a produtividade do profissional e reduzindo gastos com materiais de consumo. Por exemplo, o monitoramento de pacientes em teleortodontia com alinhadores dentários, permitiu a redução de tempo no tratamento, bem como os deslocamentos ao consultório para manutenção (Hansa *et al.*, 2020).

Quanto às limitações do estudo, não foi encontrado nenhum modelo de remuneração específico para a teleodontologia. Entretanto, entende-se que por meio de coleta de dados bucais clínicos, utilizando os sistemas de telemonitoramento podem contribuir como um pilar na aplicação dos novos modelos de remuneração baseados em valor. Como recomendação para trabalhos futuros, sugere realizar uma entrevista exploratória junto aos quatro grupos de interesse (paciente, dentista, clínicas

odontológicas e operadoras de saúde). O foco seria entender qual o valor agregado da teleodontologia para cada um deles. Com os resultados da pesquisa, revisar os modelos tradicionais (inclusive os já praticados na telemedicina) e identificar qual melhor se adequa na visão desses quatro grupos.

5. REFERÊNCIAS

Abicalaffe, C. L. (2015). Pagamento por performance. O desafio de avaliar o desempenho em saúde. Rio de Janeiro: DOC Content. 1ª. edição. 232p.

Alabdullah, J. H., Daniel, S. J. (2018). A systematic review on the validity of teledentistry. *Telemedicine and e-Health*, 24(8), 639-648.

Amâncio Filho, A., Lucietto, D. A., Oliveria, S. P. (2008). Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgiões-dentistas no Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 49(3), 28-35.

ANS. [Agência Nacional de Saúde Suplementar] (2018). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/4763-ans-lanca-programa-para-incentivar-a-atencao-basica-nos-planos-de-saude>.

Bessa, R. D. O. (2011). *Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro* (Doctoral dissertation).

Boachie, M. K. (2014). Healthcare provider-payment mechanisms: a review of literature. *J Behav Econ, Finance, Entrep, Account Transp*, 2, 41-46.

Caldarelli, P. G., Haddad, A. E. (2016). Teleodontologia em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais no desenvolvimento de competências profissionais. *Revista da ABENO*, 16(2), 25-32.

Carrard, V. C., Gonçalves, M., Rodriguez, J., Pilz, C., Martins, M. A. T., Martins, M. D., Harzheim, E. (2018). Telediagnosis of oral lesions in primary care: The EstomatoNet Program. *Oral Diseases*, 24(6), 1012-1019.

Carrer, F. C. D. A., Matuck, B. F., Lucena, E. H. G. D., Martins, F. C., Pucca Junior, G. A., Galante, M. L., Macedo, M. C. S. (2020). Teleodontologia e SUS: uma importante ferramenta para a retomada da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19.

Cartes-Velásquez, R., Bustos-Leal, A. (2012). Teleodontología: Conceptos, experiencias y proyecciones. *Odontoestomatología*, 14(20), 17-25.

Cayetano, M. H. (2019). *Panorama do recrutamento, contratação e remuneração dos recursos humanos em odontologia no serviço público* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Celes, R. S., Rossi, T. R. A., Barros, S. G. D., Santos, C. M. L., Cardoso, C. (2018). A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e84.

CFO. [Conselho Federal de Odontologia] (2020). RESOLUÇÃO CFO-226. Disponível em: <<http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2020/226>>

Chen, J. W., Hobdell, M. H., Dunn, K., Johnson, K. A., Zhang, J. (2003). Teledentistry and its use in dental education. *The Journal of the American Dental Association*, 134(3), 342-346.

Correia, A. D. D. M. S., Dobashi, B. F., Gonçalves, C. C. M., Monreal, V. R. F. D., Nunes, E. A., Haddad, P. O., Sandim, L. V. (2014). Teleodontologia no programa nacional telessaúde Brasil redes: relato da experiência em Mato Grosso Do Sul. *Revista da ABENO*, 14(1), 17-29.

Costa, A. L. P. D., Silva, A. A., Pereira, C. B. (2011). Teleortodontia: ferramenta de auxílio à prática clínica e à educação continuada. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 16(6), 15-21.

Drago, M. A. (2019). Regulação assistencial na saúde suplementar odontológica. *Saúde e Desenvolvimento*, 14(8).

Emmi, D. T., Pinto, J. C. P., Araújo, M. V. A., Barroso, R. F. F. (2019). Mercado de trabalho para o cirurgião-dentista no Pará: panorama atual e perspectivas. *Revista da ABENO*, 19(3), 26-36.

Estai, M., Bunt, S., Kanagasingam, Y., Tennant, M. (2018a). Cost savings from a teledentistry model for school dental screening: an Australian health system perspective. *Australian Health Review*, 42(5), 482-490.

Estai, M., Bunt, S. M., Kanagasingam, Y., Kruger, E., Tennant, M. (2018b). A resource reallocation model for school dental screening: taking advantage of teledentistry in low-risk areas. *International Dental Journal*, 68(4), 262-268.

Gestão. (2019). Guia de modelos de remuneração baseado em valor apresentado pela ANS em evento da FEHOSUL. Revista setor saúde. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/guia-de-modelos-de-remuneracao-baseado-em-valor-apresentado-pela-ans-em-evento-da-fehosul/>.

Ghai, S. (2020). Teledentistry during COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews*.

Giudice, A., Barone, S., Muraca, D., Averta, F., Diodati, F., Antonelli, A., Fortunato, L. (2020). Can teledentistry improve the monitoring of patients during the covid-19

dissemination? a descriptive pilot study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3399.

Goursand, D., Santos, Z. A., Oliveira, D. R., Souza, S. A. M., Elias, G. P. (2015). Odontopediatras de Belo Horizonte: Perfil e percepção sobre o mercado de trabalho. *Unimontes Científica*, 17(2), 35-43.

Hansa, I., Semaan, S. J., Vaid, N. R. (2020). Clinical outcomes and patient perspectives of Dental Monitoring® GoLive® with Invisalign® - a retrospective cohort study. *Progress in Orthodontics*, 21(1), 1-7.

ICOS. [Instituto Coalizão Saúde] (2018). Modelos de Pagamento Baseados em Valor. Revista Coalizão Saúde. Disponível em: http://icos.org.br/wp-content/uploads/2018/02/ICOS-02_02_2018.pdf.

IESS. [Instituto de Estudos de Saúde Suplementar] (2020). Telemedicina do Presente para o Ecosistema de Saúde Conectada 5.0. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/Telemedicina_Chao.pdf>

Jampani, N. D., Nutalapati, R., Dontula, B. S. K., Boyapati, R. (2011). Applications of teledentistry: A literature review and update. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 1(2), 37.

Meurer, M. I., von Wangenheim, A., Zimmermann, C., Savaris, A., Petrolini, V. A., Wagner, H. M. (2020). Launching a public statewide tele (oral) medicine service in Brazil during COVID-19 pandemic. *Oral diseases*.

Moraes, M. A. S., Cavalcante, C. A. T., Sá, E. M. O., Drumond, M. M. (2006). Telessaúde bucal: uma concepção diferente de teleodontologia. Santos AF, Souza C, Alves HJ, Santos SF organizadores. *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente. Belo Horizonte: UFMG*, 111-28.

Moraes, T. M. N., Silva, A. (2015). Fundamentos de odontologia em ambiente hospitalar/uti/1ª.ed. Rio de Janeiro, Elsevier.

Neto, V. G. Serviços de assistência direta ao paciente. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, p. 209-29, 2011.

Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20(2), v-vi.

Sallum, A. M. C., Garcia, D. M., Sanches, M. (2012). Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 150-154.

Santos Pacheco, K. T., Nascimento, R. M., Rios, M. Z., Pacheco Filho, A. C., Barreira-Nielsen, C., Garbin, C. A. S. (2018). Tecnologias de informação e comunicação para formação profissional em Odontologia: uma proposta do Telessaúde/ES. *Revista da ABENO*, 18(3), 127-136.

Skelton-Macedo, M. C., Jacob, C. H., Ramos, D. L. D. P., Cardoso, R. J. A., Antoniazzi, J. H. (2012). Teleodontologia: valores agregados para o clínico/especialista. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 66(2), 95-99.

Sória, M. L., Bordin, R., Costa Filho, L. C. D. (2002). Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 1551-1559.

Teixeira, C. N. G., de Queiroz Rodrigues, M. I., Frota, L. M. A., Frota, M. M. A., Oliveira, A. E. F. (2018). Panorama situacional da Teleodontologia no mundo: uma revisão integrativa. *Revista da ABENO*, 18(3), 24-34.

Telessaúde. (2020). BVS Atenção Primária em Saúde. Disponível em: www.telessaudebrasil.org.br.

Tella, A. J., Olanloye, O. M., Ibiyemi, O. (2019). Potential of teledentistry in the delivery of oral health services in developing countries. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 17(2), 115-123.

Tizatto, L. (2016). Cinco Tendências da telemedicina que transformam a saúde. *Saúde Business*. Disponível em: <https://saudebusiness.com/ti-e-inovacao/5-tendencias-da-telemedicina-que-transformam-saude/>.

Zurn, P., Dal Poz, MR, Stilwell, B., Adams, O. (2004). Desequilíbrio na força de trabalho de saúde. *Recursos humanos para a saúde*, 2 (1), 1-12.