

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Odontologia legal

AUDITORIA INICIAL E SUA RELAÇÃO COM A ODONTOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA NA SAÚDE SUPLEMENTAR ODONTOLÓGICA – REVISÃO DE LITERATURA.

Initial auditing and its relationship with minimally invasive dentistry in dental supplementary health system – literature review.

Ana Paula Callado de LIMA¹, Ronaldo RADICCHI².

1. Cirurgiã-Dentista, Mestre em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Especialista em Odontologia Legal, Faculdade São Leopoldo Mandic Campinas, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

2. Mestre em Odontologia Legal pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (FOP/UNICAMP), Lagoa Santa, Minas Gerais, Brasil.

Informações sobre o manuscrito:

Recebido: 15 de março de 2025.

Aceito: 28 de junho de 2025.

Autor para contato:

Ana Paula Callado de Lima

Av. Jornalista Rubens de Arruda Ramos, 1770 apto 702, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88015-700

E-mail: anapcalladolima@gmail.com.

RESUMO

Objetivos: Demonstrar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, a importância da auditoria inicial para a promoção de saúde bucal na odontologia suplementar, através da orientação e estímulo da rede de prestadores a uma atuação minimamente invasiva; levantar os principais aspectos recomendados pela literatura acerca da mínima intervenção e os agravos relacionados a uma abordagem puramente curativa e intervencionista. Considerações finais: A auditoria inicial exerce papel fundamental no estabelecimento de um modelo de atenção baseado em promoção de saúde na saúde suplementar, especialmente através de uma eficiente análise das propostas de tratamento apresentadas pela rede de prestadores. A mínima intervenção deve considerar a abordagem não operatória de lesões de cárie passíveis de remineralização, o selamento de lesões cavitadas com abertura máxima entre 2 e 3mm atingindo até o terço externo da dentina, a remoção seletiva do tecido cariado quando da indicação de tratamento restaurador e o reparo de restaurações ao invés de sua completa substituição sempre que possível. O principal agravo à saúde dos beneficiários, diante de uma abordagem predominantemente invasiva é o ingresso dos elementos dentais assim tratados, no chamado ciclo restaurador repetitivo, podendo culminar em sua perda precoce.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Auditoria odontológica; Odontologia preventiva.

INTRODUÇÃO

A relevância da auditoria como ferramenta gerencial na saúde suplementar vem sendo amplamente reconhecida pela literatura. Considerando a realidade das operadoras de planos de saúde, as ações da auditoria inibem fraudes, evitam

procedimentos contraindicados, minimizam desperdícios e otimizam a utilização de recursos, impactando sobre a qualidade da assistência e favorecendo seus resultados financeiros¹⁻³.

Não menos importante é a responsabilidade social intrínseca ao ato de

auditar, visto que atualmente a saúde suplementar participa da assistência de considerável parcela da população brasileira, sendo que a adesão aos planos de saúde exclusivamente odontológicos atingiu o maior patamar da história em 2022, sendo que o número de usuários destes planos chegou à marca dos 30 milhões no mês de julho⁴.

Neste sentido, estariam intimamente relacionadas, a assistência de qualidade, com ênfase em uma atenção minimamente invasiva e não apenas baseada em práticas curativas, e a consequente gestão de recursos, visto que, estar-se-ia promovendo saúde, prevenindo agravos e recorrências e por consequência, evitando gastos excessivos e mal direcionados.

A auditoria técnica assume papel fundamental na saúde suplementar, considerando a área administrativa de atuação da Odontologia Legal, uma vez que impacta diretamente na saúde bucal dos beneficiários assistidos. O presente artigo objetiva demonstrar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, a importância da auditoria inicial para a promoção de saúde bucal da população assistida na Odontologia Suplementar, uma vez que age na fase pré tratamento, salientando a necessidade de orientar e estimular a rede de prestadores a uma abordagem preventiva e minimamente invasiva. Objetiva-se ainda, levantar os principais aspectos atualmente recomendados pela literatura científica acerca da mínima intervenção em Odontologia e os agravos relacionados a uma abordagem puramente

intervencionista.

O PAPEL DA AUDITORIA EM SAÚDE E DA AUDITORIA INICIAL PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA ODONTOLOGIA SUPLEMENTAR

O papel da auditoria em saúde é inegável, tanto em instituições públicas, quanto em operadoras privadas, como auxiliar do processo de gestão e qualificação da assistência, auxiliando no planejamento e implementação de ações de melhoria, inclusive com aplicabilidade na educação da equipe⁵. As auditorias, oportunizam a mudança de práticas, propiciando o equilíbrio entre o uso de recursos e seus custos e a prestação de assistência de qualidade.

O papel do auditor deve focar na disponibilização dos recursos, na qualidade dos serviços prestados e na exatidão de sua indicação. Não deve ter caráter polialesco, mas sim de educação continuada dos atores envolvidos⁶.

Na odontologia de grupo, a auditoria deve garantir a melhor assistência, segundo diretrizes clínicas baseadas em evidências, equilibrando custo e eficácia¹.

A auditoria não se traduz em apenas indicar problemas e falhas, mas deve apontar sugestões e soluções, assumindo caráter educacional. Auditorias de autorizações devem considerar sempre requisitos técnicos⁷.

Para manter a saúde financeira das operadoras, faz-se necessária a justa utilização de recursos. Porém, esta adequação será sempre uma consequência e não o objetivo central da auditoria. Um

melhor atendimento estaria no centro da questão, refletindo em benefício ao paciente e redução de custos⁸.

A auditoria na área da saúde, deve ser um instrumento de cidadania que viabiliza assistência de qualidade, baseada na melhor evidência científica disponível e não a mera redução de custos⁹.

O tradicional perfil da auditoria com foco em glosas, quantidades e preços, deu lugar a verificação de qualidade, processos e resultados, agindo de forma preventiva e educadora. Deixa de ser mera fiscalização dos prestadores, visando a melhoria da assistência, fundamentando-se em princípios éticos, legais e baseados em evidências¹⁰.

Em relação a auditoria inicial, traduz-se por uma inspeção pré tratamento e evita a indicação de procedimentos inoportunos, inviáveis tecnicamente ou desnecessários, agindo como fator moderador de custos, reduzindo a demanda induzida pelos profissionais¹.

Quanto ao caráter preventivo da auditoria inicial, cabe a mesma identificar situações de risco e atuar no sentido de evitá-las ainda em fase de autorização de guias de procedimentos, assegurando qualidade, eficiência e eficácia dos serviços prestados¹¹.

Salienta-se a importância da auditoria inicial, como forma de evitar procedimentos desnecessários ou indevidos e seus custos². Neste sentido, relevante seu papel em verificar a exatidão da indicação dos serviços⁶.

O Código de Ética Odontológica¹² determina em seu Cap. V, Art. 11., Parágrafos III e V respectivamente, que

constituem infrações éticas, exagerar em diagnóstico, prognóstico ou terapêutica e executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado. Assim, proposta de tratamento claramente desnecessária se traduz em não conformidade grave, sendo considerada fraude e podendo constituir motivo para descredenciamento do profissional pela Operadora¹.

Em um estudo que analisou 2.283 relatórios de auditoria clínica inicial realizadas no período de 2002 a 2008, incluindo usuários na faixa etária de 4 a 85 anos de idade, verificou-se que os procedimentos de dentística restauradora foram responsáveis por 50,1% das não autorizações, sendo as restaurações de uma face as mais incidentes dentre as não conformidades¹³.

Os avanços alcançados pela Odontologia possibilitaram redução na incidência de lesões de cárie primária e consequente indicação de procedimentos restauradores. Porém, ainda muitos profissionais obtêm substancial parte de seus rendimentos realizando e substituindo restaurações sem nenhum critério e necessidade¹⁴.

O grande número de profissionais no mercado parece induzir à baixa remuneração, que por sua vez parece induzir às fraudes e às práticas de tratamento com ênfase curativa que, do ponto de vista das operadoras, aumentam os custos¹⁵.

A forma de remuneração da rede prestadora comumente praticada na saúde suplementar, por procedimento executado, ou "fee-for-service", produz incentivo financeiro para que maior quantidade de

recursos seja utilizada na assistência e não os recursos mais eficientes e em quantidade adequada⁸.

A remuneração por produção, estimula a demanda induzida, o ideal de serviço é sobrepujado pelos ideais de mercado e o aspecto quantitativo se sobrepõe a qualidade da assistência¹⁶.

Uma atenção predominantemente curativa, a forma de remuneração do prestador por ato realizado, as baixas tabelas praticadas e o crescente número de dentistas, levam a demanda induzida de procedimentos na busca do profissional pelo equilíbrio financeiro, com aumento de custo para a operadora¹⁷.

A auditoria em empresas de saúde controla custos, previne excessos de sinistros e evita fraudes, as quais enfraquecem a operação da empresa e o relacionamento externo com os clientes³.

Em suma, a regulação viabiliza assistência de qualidade, a um valor justo, baseada na melhor evidência científica disponível, permitindo a disponibilização de recursos apropriados as necessidades dos pacientes. Regular não significa restringir, constituindo-se numa estratégia de gestão que permite controlar oferta, demanda e necessidade em saúde. Importante salientar a diferença entre necessidades e demandas, sendo necessidade o que o paciente realmente precisa e demanda, o que ele busca. Quando demanda e necessidade se encontram, tem-se a situação ideal na busca pela saúde¹⁸.

Avaliando a cultura do mercado, destaca-se uma tendência de sobreutilização dos planos pelos usuários, atitude esta, estimulada simplesmente por

seguir a lógica do mercado de consumo. Na ótica do beneficiário, o racional é fazer uso do recurso, considerando que o custo marginal na utilização de um procedimento adicional tende a ser zero. O beneficiário, portanto, não se preocupa com a relação custo/benefício do tratamento proposto. Ao contrário, o incentivo é de utilizar o plano de maneira excessiva, mesmo que envolva desperdícios de recursos¹⁹.

Diante do exposto, verifica-se que os interesses particulares dos profissionais e dos pacientes, por vezes acabam por influenciar negativamente os resultados em saúde, sendo a ciência, muitas vezes contaminada por conflitos de interesses⁹.

A ODONTOLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA E OS AGRAVOS RELACIONADOS A CONDUTA INTERVENCIONISTA

A odontologia minimamente invasiva considera o respeito aos tecidos dentários originais, reconhecendo que materiais restauradores têm valor biológico menor do que a estrutura dental, sendo pontos chave desta conduta, o acompanhamento profissional periódico do paciente e o comprometimento do mesmo, através da auto responsabilidade com os cuidados diários para a preservação de sua dentição natural por toda a vida²⁰.

O conceito de odontologia minimamente invasiva coincide com a máxima preservação da estrutura dental e alternativas conservadoras deverão ser esgotadas antes da indicação de técnicas invasivas, complexas e onerosas²⁰.

Recursos preventivos que interferem no desenvolvimento da doença

cárie como orientação de higiene, alimentação e utilização de fluoretos, são capazes de inativar lesões iniciais e de impedir a evolução de lesões incipientes²¹.

No estudo de Tumenas et al. (2014)²² verificou-se que 60% das lesões de cárie proximais com evidência radiográfica de penetração na metade externa da dentina, ainda não se apresentam cavitadas, sendo que tentativas de remineralização destas lesões, devem ser priorizadas em relação a procedimentos restauradores.

Neste sentido, fundamental atentar para a importância do diagnóstico precoce das lesões de cárie, para que sejam passíveis de remineralização. Tratamentos invasivos devem ser considerados como última opção terapêutica e aqueles remineralizantes e minimamente invasivos devem ser privilegiados²³.

Apesar da fundamental importância do diagnóstico precoce das lesões de cárie e, portanto, da consulta odontológica inicial, esta é comumente mal remunerada pelas operadoras de saúde. Avaliando-se os valores médios de remuneração, pagos aos prestadores de três planos odontológicos da cidade de Maceió/AL, a categoria com pior remuneração foi o Diagnóstico, tendo apresentado uma defasagem média de 84% em relação a VRPO-CFO²⁴.

A opção pelo tipo de conduta, tratamento operatório ou não operatório das lesões de cárie, está relacionada a progressão das lesões. Lesões não cavitadas são tratadas sempre com condutas não operatórias, exceto se houver comprometimento de dentina sob esmalte aparentemente íntegro (lesões ocultas).

Nestas situações, o exame radiográfico deve determinar a profundidade das lesões, ou seja, se localizada em metade externa da dentina pode-se optar por tratamento não operatório (selantes), se em metade interna da dentina o tratamento restaurador estaria indicado²⁵.

Até mesmo em lesões mais avançadas, cavitadas e atingindo a dentina, algumas técnicas não operatórias podem ser consideradas, como selamentos de cavidades dentinárias, se a abertura for pequena (até 2mm) e a lesão se encontrar em metade externa da dentina. Os selantes, apenas utilizados para prevenção, passam a ser indicados também como forma de tratamento, para o controle e paralização de lesões já estabelecidas. Quando bem indicados, aplicados e monitorados, são eficazes no tratamento de lesões que atingem até a metade externa da dentina, com microcavidades oclusais de até 3 mm²⁶.

Recente relato de caso clínico demonstrou que o selamento de lesões de cárie parece ser adequado para lesões atingindo metade externa da dentina. Executaram o selamento de duas lesões ativas em metade externa de dentina, elementos 16 e 26, com selante resinoso e camada intermediária de adesivo. Após um ano de acompanhamento ambas as lesões estavam paralisadas²⁷.

Em casos de tratamento restaurador, importante atentar para o manejo do tecido cariado. A remoção total do tecido cariado foi por muito tempo a terapêutica de escolha, entretanto evidências atuais afirmam que esta conduta aumenta a chance de provocar

danos irreversíveis ao tecido pulpar. Portanto a remoção não seletiva do tecido cariado é considerada sobretratamento e não deve mais ser utilizada²⁵.

A remoção seletiva do tecido cariado baseia-se nos critérios de cor, consistência e humidade do tecido dentinário, consistindo na remoção de toda a dentina infectada (mais superficial e amolecida), mantendo a camada cariada nas regiões mais profundas, denominada dentina afetada²⁵.

Diante de elementos já restaurados e havendo falhas, antes de indicar a substituição de restaurações, devem ser considerados recontornos, repolimentos, selamentos marginais ou reparos. Estes procedimentos envolvem menor tempo clínico, baixo custo, são de fácil execução e conservam a estrutura dental¹⁴. O reparo deve ser preferencial a substituição de restaurações sempre que possível, preservando a estrutura dental sadia²⁸.

Porém, a substituição de antigas restaurações constitui o tratamento mais comum entre adultos, sendo que aproximadamente 70% das superfícies restauradas correspondem a substituição de restaurações existentes²⁹.

Diante de “falhas” de antigas restaurações, a maioria dos profissionais entende que é necessária a substituição completa das mesmas. No entanto, reparos limitam a intervenção apenas na região da falha, seja adicionando material, selando suas margens, realizando seu polimento ou até mesmo apenas acompanhando o defeito a longo prazo. Embora não exista um protocolo de reparo e melhor material a ser utilizado, alguns estudos retrospectivos

comprovaram que o mesmo melhora a sobrevivência das restaurações. O reparo não deve ser considerado tratamento secundário ou de baixa qualidade³⁰.

Para decidir entre recontornos, repolimentos, selamentos marginais, reparos ou substituições, deve-se levar em conta o tamanho e a qualidade da restauração e também o tamanho e quantidade de fendas ou outras falhas. Assim, restaurações extensas com apenas uma fenda, bem localizada poderiam ser reparadas. Já as pequenas ou rasas, com grandes ou várias fendas, devem ser substituídas pois durante a remoção da parte comprometida quase toda a restauração seria removida. Restaurações com deficiência superficial necessitam de recontorno e repolimento. Defeitos nas margens ou prensão da sonda, não indicam necessariamente substituições²⁹.

Diante da substituição completa de uma restauração, grande quantidade de estrutura dentária sadia é desgastada. Considerando que a falha pode se repetir, quanto maior o número de substituições, mais estrutura é perdida, podendo haver lesão pulpar, seguida por tratamento endodôntico e até perda do dente. Este processo é conhecido como “espiral da morte”³¹.

O ciclo restaurador iniciaria por trauma ou doença cárie, seguidos da necessidade de restauração e diante da indicação de sua substituição, o ciclo se repetiria ao longo de toda a vida. Assim, critérios de defeito que determinam a indicação de troca das restaurações precisam ser melhores definidos³².

O paciente deve ser parte

integrante do tratamento para possibilitar a abordagem minimamente invasiva. Através de orientação e do autocuidado, o paciente assume o papel de protagonista em sua saúde, procurando atendimento antes do problema instalado³³.

A prática dos cirurgiões-dentistas não deve ser meramente curativa ou técnica, devendo fornecer orientações e fomentar habilidades de cuidado, que levem o paciente a agir e refletir sobre a própria saúde bucal em seu dia a dia³⁴.

Atentar para a necessidade de motivação sistemática do paciente ao se adotar a filosofia minimamente invasiva, sendo imprescindível o monitoramento e orientações frequentes. É um engano acreditar que pacientes seguirão aconselhamentos se não forem repetidamente reaconselhados²⁰.

DISCUSSÃO

Sobre o importante papel da auditoria na saúde suplementar, há um consenso entre os autores pesquisados, surgindo na atualidade, uma nova forma de auditar, onde o tradicional modelo fiscalizador, focado apenas em glosas, quantidade de procedimentos realizados e seus custos, dá lugar a uma auditoria centrada na qualidade da assistência, oportunizando educação continuada e mudança de práticas, apontando não apenas falhas, mas fornecendo sugestões para a melhoria contínua dos serviços prestados^{5,6,9,31}.

Quanto a auditoria inicial especificamente, os autores salientam fortemente seu caráter preventivo, permitindo verificar a exatidão da indicação

dos tratamentos planejados, identificando situações de risco, atuando no sentido de evitá-las, através de criteriosa análise das guias de tratamento^{1,6,10,11}.

Muito embora a auditoria inicial reduza a demanda induzida, evitando sobre tratamentos que poderiam por consequência, levar a sérios agravos a saúde da população assistida e em última análise, a resultados financeiros indesejados para a operadora, há uma concordância entre os autores pesquisados de que a adequada utilização de recursos será sempre uma consequência e nunca o objetivo central e primário da auditoria odontológica^{1,5,7,8}.

A odontologia intervencionista, curativa, focada na resolução de sequelas da doença, traduzidas pelas lesões de cárie, definitivamente cede lugar a uma abordagem preventiva e minimamente invasiva com foco nos fatores etiológicos da doença, envolvendo o paciente como corresponsável na manutenção de sua própria saúde^{18-21,23,27,31,32}. A não observância deste novo modelo de conduta levaria ao ingresso dos elementos dentais a um ciclo de alternância entre restaurações e re-intervenções, podendo culminar em sua perda precoce²⁸⁻³⁰.

Neste sentido observa-se a importância do diagnóstico precoce e da correta decisão na abordagem das lesões de cárie, que pode incluir desde a não intervenção, o selamento de lesões em casos selecionados, ou a mínima intervenção, com necessidade de atentar para o manejo do tecido cariado procedendo-se a sua remoção de forma seletiva^{21,23-25}.

Diante de falhas de antigas restaurações, devem ser consideradas alternativas minimamente invasivas para corrigi-las, sejam reparos, recontornos, repolimentos ou selamentos marginais, antes de optar-se pela completa substituição das mesmas, evitando-se comprometer estrutura dental sadia^{13,26-28,30}.

A maior parte dos autores pesquisados salienta a importância do caráter educativo, tanto por parte da auditoria em relação a rede de prestadores, quanto na própria atuação do cirurgião-dentista-prestador em relação ao beneficiário-paciente, reforçando seu papel como parte integrante do processo de promoção de saúde bucal, valorizando a utilização do plano odontológico para procedimentos preventivos e não apenas curativos^{5,6,7,10,20,29,33,34}.

Observa-se certo desconhecimento por parte dos beneficiários neste sentido, sendo que os mesmos tendem a sobre utilizar o plano de saúde, sem preocupar-se com o custo-benefício da indicação de procedimentos invasivos propostos pelos prestadores, seguindo simplesmente a cultura do mercado de consumo¹⁹. Da mesma forma, certo desconforto e falta de conhecimento, ocorre na relação entre prestadores e auditores⁶. Seria fundamental que o profissional prestador pudesse visualizar que sua interação com o auditor oportuniza a discussão de casos, favorece a qualidade da assistência e assegura a confiabilidade da rede prestadora na qual está inserido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria odontológica,

especialmente em sua etapa inicial, exerce papel fundamental no estabelecimento de um modelo de atenção baseado em promoção de saúde bucal na saúde suplementar, orientando e estimulando a rede de prestadores a atuarem de acordo com os preceitos da odontologia minimamente invasiva. Neste sentido, a auditoria inicial, através de cuidadosa avaliação dos planos de tratamento propostos pela rede de prestadores, reduz a possibilidade de fraudes traduzidas por indicações de tratamentos desnecessários ou contra indicados, protege a saúde dos beneficiários evitando que agravos aconteçam, contribuindo para a qualidade da assistência e por fim refletindo positivamente nos resultados financeiros da Operadora.

As melhores e mais atuais evidências científicas preconizam a mínima intervenção na abordagem das lesões de cárie, incluindo o tratamento não operatório para lesões passíveis de remineralização. O selamento de lesões cavitadas com abertura máxima entre 2 e 3mm, atingindo até o terço externo da dentina, tem sido preconizado intencionando a paralisação das mesmas ao invés de se proceder a restauração convencional. Quando indicado, o tratamento restaurador deve considerar o manejo do tecido cariado. Assim, a antiga conduta de remoção total do tecido cariado deu lugar à atualmente preconizada remoção seletiva. As restaurações que apresentarem-se falhas devem ser tratadas sempre que possível, através de reparos, selamentos marginais, recontornos e repolimentos, evitando-se a sua substituição por completo e

consequente dano a estrutura dental sadia.

O principal agravamento à saúde dos beneficiários, diante de uma abordagem predominantemente invasiva e curativa por parte dos prestadores, seria o ingresso dos elementos dentais assim tratados, no

chamado ciclo restaurador repetitivo, em que sucessivas intervenções poderiam levar à necessidade de tratamentos cada vez mais complexos e onerosos como a endodontia, reabilitação protética e por fim à exodontia.

ABSTRACT

Objectives: To demonstrate, through a narrative review of the literature, the importance of the initial audit for the promotion of oral health in supplementary dentistry, through guidance and encouragement of the network of providers to adopt a minimally invasive approach; to highlight the main aspects recommended by the literature regarding minimal intervention and the problems related to a purely curative and interventionist approach. Final considerations: The initial audit plays a fundamental role in establishing a care model based on health promotion in supplementary health, especially through an efficient analysis of the treatment proposals presented by the network of providers. The minimal intervention should consider the non-operative approach to carious lesions that can be remineralized, the sealing of cavitated lesions with a maximum opening between 2 and 3 mm reaching up to the outer third of the dentin, the selective removal of carious tissue when restorative treatment is indicated, and the repair of restorations instead of their complete replacement whenever possible. The main harm to the health of beneficiaries, given a predominantly invasive approach, is the entry of the treated teeth into the so-called repetitive restorative cycle, which can culminate in their premature loss.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Dental auditing; Preventive dentistry.

REFERÊNCIAS

1. Juhás R. Auditoria em odontologia. São Paulo: Viart; 2007.
2. Albuquerque SV. O papel do auditor na prevenção e repressão de fraudes. In: Gonçalves VF (Coord.). Fronteiras da auditoria em saúde. São Paulo: RTM; 2009 [Acesso 2023 Mar 03]. V. II, p. 81-98. Disponível em: https://issuu.com/faroldoforte/docs/viviane-fialho_frenteiras-da-auditoria-v2
3. Costa MT, Alevato H. Auditoria Odontológica: uma ferramenta de Gestão em Saúde Suplementar. VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Niterói, RJ, 5 a 7 de agosto de 2010. Niterói: Yumpu; 2010 [Acesso 2023 Mar 03]. 23p. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/13462901/auditoria-odontologica-congresso-nacional-de-excelencia-em->
4. Agência Nacional de Saúde - ANS. Sala de Situação. Rio de Janeiro: ANS; 2022 [Acesso 2023 Mar 03]. Disponível em: www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html
5. Fabro GCR, Chaves LDP, Teixeira KR, Figueiredo MF, Maurin VP, Gleriano JS. Auditoria em saúde para qualificar a assistência: uma reflexão necessária. CuidArt. 2020 [Acesso 2023 Mar 03];14(2):147-155. Disponível em: https://repositorio.usp.br/single.php?id=003044108&locale=en_US
6. Santos LC, Barcellos VF. Auditoria em Saúde: uma ferramenta de gestão [Monografia]. Brasília, DF: Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde, Centro Universitário UNIEURO; 2009 [Acesso 2023 Mar 03]. Disponível em:
7. Paim CRP, Ciconelli RM. Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. RAS. 2007 [Acesso 2023 Mar 03]; 9(36): 85-92. Disponível em: https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/37266.PDF
8. Galfi R, Ribeiro RS. Relacionamento entre o médico assistente e o auditor em saúde. In: Gonçalves VF (Coord.). Fronteiras da auditoria em saúde. São Paulo: RTM; 2009 [Acesso 2023 Mar 03]. V. II, p. 15-23. Disponível em: https://issuu.com/faroldoforte/docs/viviane-fialho_frenteiras-da-auditoria-v2
9. Yosida RI. A auditoria médica como instrumento de responsabilidade social. In: Gonçalves VF (Coord.). Fronteiras da Auditoria em Saúde. São Paulo: Farol do Forte; 2009 [Acesso 2023 Mar 03]. V. I, p. 13-20. Disponível em: https://issuu.com/faroldoforte/docs/viviane-goncalves_frenteiras-da-auditoria-em-saude
10. Vieira SLG, Miranda GE, Bouchardet FCH, Santos LE. A auditoria odontológica nos serviços de saúde suplementar. Salusvita. 2014;33(3): 331-43. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v33_n3_2014_art_04.pdf
11. Meira SRC, Oliveira ASB, Santos CO. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. Braz J of Bus. 2021;3(1): 1021-33. <https://doi.org/10.34140/bjbv3n1-058>
12. Conselho Federal de Odontologia - CFO. Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro: CFO; 2012 [Acesso 2023 Mar 03]. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp->

- [content/uploads/2012/07/codigo_etica_Atual.pdf](#)
13. Bragança DPP, Daruge E Junior, Queluz DP, Fernandes MM, Paranhos LR. Avaliação dos procedimentos clínicos mais glosados nos convênios odontológicos. RFO UPF. 2011 [Acesso 2023 Mar 03];16(2): 136-9. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v16n2/a04v16n2.pdf>
 14. Delfino CS, Corona SAM, Palma-Dibb RG. Critérios para substituição de restaurações. Rev Bras Odontol [Impr]. 2005;62(1/2): 100-3.
 15. Soria ML, Bordin R, Costa Filho LC. Remuneração dos serviços de saúde bucal: formas e impactos na assistência. Cad Saúde Pública. 2002;18(6): 1551-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600008>
 16. Medeiros UV, Miranda MSDF. O papel do auditor odontológico. Rev Bras Odontol. 2010 [Acesso 2023 Mar 03];67(1): 63-8. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/150/153>
 17. Oliveira APS, Radicchi R. A importância do enfoque preventivo no rol de procedimentos odontológicos em saúde suplementar. Rev Cient Fac Unimed. 2019;1(2): 41-53. <https://doi.org/10.37688/rcfu.v1i2.63>
 18. Fleury AVE. Gestão de risco e sinistralidade em saúde. In: Gonçalves VF (Coord.). Fronteiras da auditoria em saúde. São Paulo: RTM; 2009 [Acesso 2023 Mar 03]. V. II, p. 37-44. Disponível em: https://issuu.com/faroldoforte/docs/viviane-fialho_frenteiras-da-auditoria-v2
 19. Azevedo PF, Almeida SF, Ito NC, Boarati V, Moron CR, Inhascz W et al. A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo, SP: Insper; 2016 [Acesso 2023 Mar 03]. Disponível em: <https://www.insper.edu.br/wp-content/uploads/2018/09/estudo-cadeia-de-saude-suplementar-Brasil.pdf>
 20. Tumenas I, Pascoto R, Saad JL, Bassani M. Odontologia minimamente invasiva. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2014 [Acesso 2023 Mar 03]; 68(4): 283-95. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v68n4/a02v68n4.pdf>
 21. Kramer PF, Barros LCC, Obal F. Avaliação longitudinal de uma rotina clínica para prevenção e tratamento de cárie oclusal. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 2004;45(1):9-14. <https://doi.org/10.22456/2177-0018.7677>
 22. White JM, Eakle WS. Rationale and treatment approach in minimally invasive dentistry. J Am Dent Assoc. 2000;131(Suppl): 13S-19S. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.2000.0394>
 23. Miranda IJL, Silva GC, Castro ML. Lesões cáries incipientes: uma revisão de literatura. JNT- Facit Bus Tech J. 2022 [Acesso 2023 Mar 03]; 2(36): 199-211. Disponível em: <http://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1571/1060>
 24. Lima Neto JM, Robles MHS, Santos NB, Peixoto MOB, Penteado LAM. Remuneração de três planos odontológicos da cidade de Maceió-AL em comparação à tabela VRPO-CFO. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2016 [Acesso 2023 Mar 03];70(3): 277-81. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762016000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 25. Associação Brasileira de Odontopediatria - ABOPED. Diretrizes para procedimentos clínicos em Odontopediatria. 3th ed. São Paulo: Santos; 2020.
 26. Pereira MSS, Santos IG, Freitas JFB. Selamento de lesão de cárie em dentina: abordagem clínica conservadora para lesões iniciais. Rev CROMG. 2021 [Acesso 2023 Mar 03]; 20(1): 12-18. Disponível em: <https://revista.cromg.org.br/index.php/rcromg/article/view/109/105>
 27. Barcelos DD, Moreira KMS, Imparato JCP. Sellado de lesiones de caries: reporte de caso. Rev Odontopediatr Latinoam. 2022;12(1): e-420168. <https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.292>
 28. Sobreira FMS, Acevedo CR, Freitas Filho LHS, Vidal APV, Barros LF, Ferreira MP. Métodos de reparo em resina composta: uma revisão. Odontol Clín Cient [Impr]. 2008;7(2): 123-8.
 29. Amaral CM, Pimenta LAF. Quando substituir ou reparar uma restauração? Rev Bras Odontol [Impr]. 2001;58(5): 328-31.
 30. Garbim JR, Oliveira RC, Pássaro AL, Imparato JCP, Raggio DP. Reparar ou substituir? Quando e como intervir em restaurações defeituosas. Rev Cient CRO-RJ. 2022;7(1): 13-15. <https://doi.org/10.29327/244963.7.1-4>
 31. Qvist V. Longevity of restorations: the “death spiral”. In: Fejerskov O, Kidd E. Dental caries: the disease and its clinical management. Oxford: Wiley-Blackwell; 2008, p. 443-55.
 32. Cena JÁ, Barbosa YS, Jing JZ, Rojas G, Bilafan R, Zanon AEG, et al. Manutenção, reparo ou substituição de restaurações: uma reflexão necessária. Oral Sci. 2016 [Acesso 2023 Mar 03];8(1): 28-32. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/oralsciences/article/view/10968/6432>
 33. Câmara LFL, Bartole MCS. A educação e o autocuidado como aliados ao tratamento minimamente invasivo: uma visão sobre saúde. Cad Odontol UNIFESO. 2022 [Acesso 2023 Mar 03];4(1): 130-9. Disponível em: <https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/2699/1234>
 34. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1): 121-30. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100012>