

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

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



Odontologia legal

SAÚDE SUPLEMENTAR ODONTOLÓGICA NO BRASIL E EM ANGOLA: ANÁLISE COMPARATIVA DE ACESSO, MERCADO E REGULAÇÃO.

Supplemental dental healthcare in Brazil and Angola: a comparative analysis of access, market, and regulation.

Keila Danira Paim e Silva CADETE TOMÁS¹, Carla Alexandra Ramos LOPES², Isabel Cristina Carstens KOHLER³, Vânia Eloisa de Araujo SILVA⁴, Lucas França GARCIA⁵, Maria Isabel de Oliveira e Britto VILLALOBOS⁴.

1. Especializanda em Odontologia Legal, AMO, Maringá. Doutoranda e Mestre em Promoção da Saúde, UNICESUMAR, Maringá, PR, Brasil.

2. Doutoranda do Curso de Doutorado em Saúde Coletiva em Odontologia pela UNESP, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, SP, Brasil.

3. Especialista e Mestre em Odontologia Legal USPSP e em Bioética UELPR. Doutora em Ciências Odontológicas área Odontologia Forense USPSP. Coordenadora da Especialização em Odontologia Legal da AMOPR, Maringá, PR, Brasil.

4. Departamento de Odontologia, Pós-graduação em Odontologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, campus Coração Eucarístico, MG, Brasil.

5. Cientista Social e Bioeticista. Doutor em Medicina: Ciências Médicas. Professor do PPG em Promoção da Saúde da UNICESUMAR. Bolsista de Produtividade do ICETI-UNICESUMAR, PR, Brasil.

Informações sobre o manuscrito:

Recebido: 24 de março de 2026.

Aceito: 14 de julho de 2026.

Autor(a) para contato:

Profa. Maria Isabel de Oliveira e Britto Villalobos
Pós-grad. em Odontologia, Inst. de Ciências
Biológicas e da Saúde PUC Minas. Campus Coração
Eucarístico - R. Dom José Gaspar, 500 – Prédio 46 -
Coração Eucarístico- MG 30535-901, Brasil.

E-mail: contato@misabel.com.br.

RESUMO

O acesso a serviços odontológicos permanece desafiador no Brasil e em Angola, países que compartilham desigualdades sociais e fragilidades estruturais apesar de contextos geográficos distintos. Este estudo realizou uma análise comparativa dos dois sistemas, com foco na saúde suplementar e na organização da assistência odontológica por meio de uma revisão narrativa de literatura, análise de marcos regulatórios e indicadores demográficos. No Brasil, o mercado suplementar é consolidado e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), abrangendo cerca de 35 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos. Em Angola, o setor é emergente, supervisionado pela Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG), e enfrenta limitações críticas, como a carência de profissionais (1 dentista para 43.460 habitantes) e ausência de rol padronizado de procedimentos. Enquanto o Brasil avança em políticas de prevenção e promoção da saúde estruturadas, como o Brasil Sorridente, Angola mantém predominantemente práticas curativas condicionadas por restrições econômicas e operacionais. As diferenças entre os modelos também se expressam na governança clínica: no Brasil, o desafio central envolve mitigar conflitos entre operadoras e prestadores; em Angola, destaca-se a necessidade de formação de profissionais com competências híbridas e de fortalecimento ético-regulatório. A integração de ferramentas da Odontologia Legal nas seguradoras angolanas emerge como passo decisivo para converter auditoria em instrumento de governança clínica, combatendo fraudes e assegurando segurança do paciente e qualidade assistencial. Conclui-se que, embora ambos os países busquem ampliar o acesso à saúde bucal, suas trajetórias de desenvolvimento, capacidade regulatória e maturidade dos mercados suplementares diferem substancialmente.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Saúde suplementar; Auditoria odontológica; Angola.

INTRODUÇÃO

A saúde, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um direito humano fundamental, ainda enfrenta obstáculos significativos de acesso em diversos países^{1,2}. Brasil e Angola, embora localizados em realidades geográficas distintas, compartilham histórias marcadas por desigualdades sociais, colonização e desafios estruturais em seus sistemas de saúde^{3,4}.

O Brasil possui o Sistema Único de Saúde (SUS), um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, baseado na universalidade e gratuidade, porém, carece de cobertura adequada e infraestrutura⁵. Em ambos os países, a saúde suplementar, por meio de planos privados, surgiu como alternativa para aqueles que têm condições financeiras, o que gera disparidades no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos^{6,7}.

O atendimento odontológico é um ponto crítico nos dois sistemas. Enquanto no Brasil existem políticas públicas voltadas para a saúde bucal, como o programa Brasil Sorridente⁸, em Angola esse atendimento ainda é bastante restrito, com carência de profissionais e de estrutura adequada^{9,10}. A análise dessas configurações sociais e estruturais torna-se fundamental para identificar avanços, limitações e desafios persistentes nos modelos de atenção à saúde bucal de ambos os países, bem como para evidenciar como tais fatores influenciam a organização, a oferta e qualidade dos serviços.

A análise comparativa entre os sistemas de saúde do Brasil e de Angola é

relevante visto que os dois países enfrentam desafios em relação à gestão pública, distribuição de recursos, formação de profissionais e acesso universal aos serviços de saúde. Além disso, a presença da saúde suplementar nas duas realidades levanta questões importantes sobre equidade, eficiência e regulação do setor privado^{7,11}.

A saúde bucal muitas vezes é negligenciada nas políticas públicas, mesmo sendo essencial para o bem-estar da população e estar ligada a fatores sociais, econômicos e culturais^{12,13}. Analisar como esse serviço é oferecido tanto na rede pública quanto na privada pode levantar reflexões importantes sobre os modelos de atenção à saúde em cada país. Desta forma, esse trabalho teve como objetivo analisar comparativamente os sistemas de saúde do Brasil e de Angola, com foco especial na saúde suplementar e no atendimento odontológico, destacando suas semelhanças, diferenças e os principais desafios enfrentados por cada país.

REVISÃO DE LITERATURA

Sistema de Saúde Angolano X Sistema de Saúde Brasileiro

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola passou por uma evolução histórica marcada por dois períodos distintos: o colonial, até 11 de novembro de 1975, e o pós-independência, iniciado nesta data. Durante o período colonial, o sistema de saúde era elitista e excludente, voltado para a minoria privilegiada e orientado essencialmente para a manutenção da força de trabalho

necessária à economia da colônia^{6,14}. A estrutura sanitária refletia a lógica do regime colonial, priorizando os interesses metropolitanos e negligenciando a maioria da população angolana¹⁵. Com a Proclamação da Independência, o Estado angolano instituiu um modelo de saúde pública baseado nos princípios da universalidade e da gratuidade, com os serviços de saúde exclusivamente providos pelo Estado e estruturados segundo a estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (CPS)¹⁶. A primeira década da independência foi marcada pela expansão da rede sanitária, apesar da aguda escassez de recursos humanos, com menos de trinta médicos em todo o país, situação que obrigou o Estado a recorrer à cooperação internacional para suprir a carência de profissionais de saúde^{6,14,17}. Contudo, o recrudesimento do conflito político-militar provocou severos retrocessos, com a destruição de infraestruturas e a fuga de quadros qualificados, comprometendo a eficácia do sistema.

A partir da década de 1990, com a aprovação da Lei de Bases do SNS¹⁸, o setor passou por reformas estruturais que permitiram a participação do setor privado e a introdução do cofinanciamento dos cuidados de saúde pelos cidadãos, embora mantendo o princípio da tendencial gratuidade. Essa abertura, embora necessária, gerou novas desigualdades de acesso, principalmente em áreas rurais, onde os serviços continuam escassos. Com o fim do conflito armado em 2002, iniciou-se um processo de reconstrução nacional impulsionado pela estabilidade

macroeconômica, que resultou numa maior alocação de recursos ao setor da saúde. No entanto, a ausência de planejamento adequado na integração entre os setores público e privado perpetuou disparidades regionais, com melhorias concentradas sobretudo nos centros urbanos, como Luanda, enquanto as regiões periféricas permaneceram desassistidas^{6,14,17}.

O sistema de saúde brasileiro, por sua vez, apresenta uma trajetória distinta, marcada pela Constituição Federal¹⁹, conhecida como Constituição Cidadã, que consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, a ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas, abrangendo desde a formulação de normas de proteção à saúde até a prestação de serviços médicos e hospitalares. Um aspecto central trazido pela Carta Magna é a permissão para que a iniciativa privada atue de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), instituído e regulamentado em 1990⁵. Nesse arranjo, o SUS constitui-se como um sistema público, universal e gratuito, financiado de forma tripartite entre União, estados e municípios, enquanto o setor privado opera mediante a contratação de planos junto a operadoras (sistema de saúde suplementar) ou por meio de pagamentos diretos aos prestadores privados²⁰.

Diferentemente do modelo angolano, o SUS consolidou-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, caracterizando-se por sua abrangência e complexidade organizacional²⁰. Em ambos os países, os sistemas nacionais de saúde se fundamentam nos princípios da

universalidade, integralidade e participação social, adotando diretrizes de descentralização administrativa e de gestão participativa⁶. No entanto, apresentam diferenças estruturais quanto ao acesso. No Brasil, o SUS assegura legalmente cobertura universal e gratuita, abrangendo desde ações de atenção primária até serviços de alta complexidade²⁰, atenção terciária. Apesar disso, enfrenta limitações relacionadas ao financiamento insuficiente, à precarização de vínculos trabalhistas e à defasagem da infraestrutura, o que compromete a capacidade de resposta do sistema público²¹. Nesse cenário, a saúde suplementar desempenha papel central, absorvendo parte significativa da demanda da população com maior poder aquisitivo e funcionando como um setor robusto e em expansão, mas que também reforça desigualdades no acesso ao cuidado em saúde⁷.

Estrutura do Sistema Nacional de Saúde Angolano X Sistema de Saúde Brasileiro

O sistema de prestação de cuidados de saúde em Angola está estruturado em três níveis hierárquicos, alinhados à estratégia de cuidados primários. O primeiro nível, correspondente aos Cuidados Primários de Saúde (CPS), é composto por Postos e Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, sendo o ponto inicial de contato da população com o sistema de saúde. O segundo nível, ou nível secundário, é representado pelos Hospitais Gerais, que atuam como referência para as unidades do primeiro nível. Já o nível terciário é formado por

hospitais de referência, mono ou polivalentes, especializados e diferenciados, que recebem encaminhamentos das unidades secundárias^{6,17}.

Apesar da existência dessa hierarquia, o sistema de referência e contrarreferência tem se mostrado ineficaz, principalmente devido à desestruturação do sistema de saúde e à limitada cobertura sanitária resultante do longo conflito armado vivido pelo país. O setor público é composto pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelos serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA), do Ministério do Interior e por unidades mantidas por empresas públicas e público-privadas como a SONANGOL e a ENDIAMA^{6,17}. A rede pública de saúde inclui diversas unidades, entre elas Centros Maternos Infantis (CMI), Postos de Saúde (PS), Centros de Saúde (CS), Hospitais Municipais (HM), Hospitais Gerais (HG), Hospitais Especializados (HE) e Hospitais Centrais (HC).

Entre 2010 e 2020, a rede pública de saúde angolana registrou expansão significativa, passando de 2.396 para 3.162 unidades. Apesar desse crescimento e do aumento dos investimentos públicos no setor, o período de 2010 a 2015 foi marcado por deficiências como a ausência de manutenção das estruturas, falta de padrões para edificações, inexistência de um plano diretor e distribuição desigual das unidades, especialmente em áreas rurais²².

No Brasil, o sistema público de saúde é organizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), concebido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado principalmente pelas Leis 8.080/1990 e

8.142/1990^{5,19}. O SUS se orienta pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, estruturando-se como uma rede regionalizada e hierarquizada, com descentralização político-administrativa e gestão compartilhada entre União, estados e municípios. A governança é pactuada em instâncias intergestores – Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR) – e a organização territorial se dá em Regiões de Saúde, que visam ordenar fluxos assistenciais e racionalizar recursos²⁰.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a porta de entrada preferencial do SUS e é operacionalizada prioritariamente pelas Unidades Básicas de Saúde, com forte expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes multiprofissionais da ESF assumem responsabilidades sanitárias sobre territórios, coordenam o cuidado ao longo das linhas de cuidado e desempenham funções de promoção da saúde, prevenção de agravos, manejo de condições crônicas, atenção materno-infantil, vacinação e vigilância em saúde. Núcleos de apoio multiprofissional (NASF-AB) e outras composições assistenciais ampliam a resolutividade local, enquanto sistemas de informação em saúde e ferramentas de regulação auxiliam os processos de referência e contrarreferência entre níveis²⁰.

A atenção secundária no SUS engloba ambulatorios especializados, centros diagnósticos, serviços de reabilitação e hospitais gerais de média complexidade, com papel de retaguarda

para a APS. Na interface da urgência, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) compõem a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), integrando fluxos entre territórios. A atenção terciária reúne hospitais de alta complexidade, inclusive hospitais universitários e centros de referência em linhas como oncologia, cardiologia, neurologia e transplantes, além de redes temáticas como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A regulação do acesso é realizada por centrais municipais e estaduais, com base em protocolos clínicos e critérios de risco, e a contrarreferência busca restituir à APS o seguimento longitudinal do cuidado após atendimentos especializados²⁰.

O financiamento do SUS é tripartite, com recursos da União, estados e municípios executados por meio de fundos de saúde e transferências fundo a fundo⁵. Mecanismos de alocação incluem componentes para a atenção básica e incentivos vinculados ao desempenho, capitação ponderada e critérios demográficos e socioeconômicos, a exemplo do modelo de financiamento vigente na APS. O planejamento e a alocação de recursos são pactuados nas instâncias intergestores, buscando reduzir assimetrias regionais, otimizar a utilização da capacidade instalada e fortalecer a regionalização. Apesar de avanços, o sistema enfrenta crônico subfinanciamento, variações na capacidade de gestão subnacional, desigualdades no provimento de profissionais e desafios na integração

dos sistemas de informação e na redução de tempos de espera^{20,21}.

Paralelamente ao SUS, o Brasil possui um setor de saúde suplementar regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)²³, que cobre parcela significativa da população por meio de planos privados. A relação entre os setores público e suplementar inclui mecanismos de regulação, intercâmbio assistencial e ressarcimento ao SUS por atendimentos prestados a beneficiários de planos. Embora a saúde suplementar amplie a oferta de serviços, persiste a responsabilidade constitucional do SUS de garantir o acesso universal, cabendo ao poder público organizar a rede, regular a capacidade ociosa e assegurar integralidade e equidade.

Em perspectiva comparativa, Angola e Brasil adotam modelos hierarquizados com centralidade da atenção primária como eixo estruturante e com hospitais gerais e de referência compondo a média e alta complexidades. Em Angola, a ampliação física da rede na última década não foi acompanhada, de modo suficiente, por padronização arquitetônica, manutenção, regulação do acesso e integração efetiva entre níveis, o que fragiliza o sistema de referência e contrarreferência e repercute em iniquidades territoriais^{6,14,17,24}. No Brasil, o SUS dispõe de um arcabouço constitucional e regulatório robusto, com descentralização, regionalização e instâncias de pactuação interfederativa que ordenam fluxos e responsabilidades; ainda assim, enfrenta desafios persistentes de financiamento, tempos de espera,

judicialização e disparidades regionais. Em ambos os contextos, a consolidação de redes integradas, a qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde, o fortalecimento da regulação e da infraestrutura e o uso intensivo de informação em saúde são decisivos para aprimorar a continuidade do cuidado, a eficiência alocativa e os resultados em saúde.

Diferenças no acesso ao atendimento odontológico em Angola e no Brasil

O acesso aos serviços de saúde bucal revela contrastes e desafios estruturais distintos quando comparadas as realidades de Angola e do Brasil. Um dos indicadores mais expressivos dessa disparidade é a disponibilidade de profissionais. Em Angola, a proporção é de um cirurgião-dentista para cada 43.460 habitantes²⁵. Já no Brasil, essa taxa é de aproximadamente um profissional para cada 460 habitantes²⁶. O Brasil concentra o maior número de dentistas do mundo; contudo, vivencia um verdadeiro "paradoxo da saúde bucal", em que a altíssima oferta de profissionais não se traduz automaticamente em acesso universal. Apesar da farta disponibilidade, dados apontam que quase metade da população brasileira não se consulta com o dentista anualmente e mais de 15 milhões de brasileiros que dependem exclusivamente do sistema público nunca foram ao dentista, evidenciando a iniquidade socioeconômica no acesso²⁷.

Em Angola, os serviços de saúde oral concentram-se majoritariamente nos centros urbanos e nos consultórios

privados, excluindo grande parte da população, especialmente nas áreas rurais¹⁰. Atualmente, estima-se a existência de cerca de 1.850 dentistas (nacionais e estrangeiros) inscritos no Colégio de Medicina Dentária da Ordem dos Médicos de Angola (OMD)^{25,28,29}, um contingente que vem apresentando crescimento exponencial nos últimos anos. Já no Brasil, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) estima cerca de 460.000 dentistas com inscrição ativa³⁰.

Ainda assim, o acesso aos serviços configura-se como uma barreira crítica no país africano. Dados indicam que 42,8% dos adolescentes e adultos em áreas rurais angolanas nunca consultaram um dentista²⁴. Quando o atendimento ocorre, ele se dá predominantemente no serviço público (85,1%), sendo na maioria das vezes motivado por dor (32,5%) e limitado a procedimentos mutiladores, como as exodontias. Como reflexo direto desse cenário, a insatisfação com a qualidade do serviço é expressiva, com 60,2% dos usuários avaliando-o como regular ou ruim.

No Brasil, o cenário do sistema público difere substancialmente devido à estruturação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), que inseriu a odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS). O programa busca democratizar o acesso por meio de equipes na Atenção Primária e da criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), o que tem reduzido o viés histórico de procedimentos puramente invasivos em prol da prevenção e reabilitação³¹. Contudo, assim como em Angola, o Brasil ainda lida com o desafio de filas de espera

e uma forte concentração de profissionais e de tecnologia de ponta no setor privado e nos grandes centros urbanos³².

A rede privada em Angola encontra-se em franco crescimento e é a principal responsável por oferecer um diferencial de tratamentos e equipamentos avançados para uma parcela restrita da população. Cabinda ao Cunene, do litoral ao leste, estima-se a existência de 160 consultórios ou clínicas odontológicas, das quais aproximadamente 96 (60%) estão localizadas na capital, Luanda. Nessa rede particular, são realizadas todas as especialidades odontológicas, englobando tratamentos estéticos, implantes, facetas, próteses fixas e aparelhos ortodônticos^{22,25}.

O desenvolvimento da saúde suplementar e do mercado de seguros angolano acompanha esse movimento de concentração tecnológica e tem potencial para impulsionar o acesso privado no futuro. De acordo com o Relatório de Mercado de Seguros e Fundos de Pensões de 2024, estão credenciadas 23 seguradoras autorizadas (18 delas operando nos ramos Vida e Não-Vida). Houve uma expansão da rede de agências para 179, embora ainda com forte concentração em Luanda (119 agências). Os prêmios brutos emitidos totalizaram 478 bilhões de AOA (cerca de 524 milhões de USD), um crescimento de 26% em relação a 2023³³.

O ramo Não-Vida liderou esse avanço (+35%), com destaque para Acidentes e Doença (+39,5%) e o setor Petroquímico (+35%) (arseg.ao). A concentração de mercado no ramo Não-Vida angolano é considerada moderada: os

cinco maiores operadores (Nossa Seguros, BIC Seguros, Ensa, Liberty & Trevo e Viva Seguros) respondem por 68,7% da produção total³³. No Brasil, esse modelo de cobertura suplementar já é um mercado altamente consolidado, com dezenas de milhões de beneficiários de planos odontológicos privados³⁴, o que consolida uma assistência de alto padrão na rede privada, mas reforça a distância em relação aos desafios remanescentes do sistema público para as populações mais vulneráveis.

Mercado de Saúde Suplementar Odontológico em Angola e no Brasil

A organização do mercado de saúde suplementar e de seguros de saúde exige um delineamento regulatório estruturado. O sistema brasileiro opera conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia criada para normatizar, controlar e fiscalizar as atividades de assistência suplementar. Este modelo é legalmente amparado pela Lei nº 9.656/1998²³ e pela Lei nº 9.961/2000³⁵. Por sua vez, o mercado angolano está sob a regulação e supervisão da Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG), cujas diretrizes fundamentam-se na Lei da Atividade Seguradora e Resseguradora³⁶ e no Decreto Presidencial nº 141/2013³⁷.

No que tange à dimensão dos mercados, observa-se na literatura uma disparidade quantitativa e estrutural. O Brasil apresenta um setor altamente consolidado, contabilizando aproximadamente 53 milhões de beneficiários de planos de assistência

médica com ou sem Odontologia e 35 milhões de beneficiários de operadoras exclusivamente odontológicas operacionalizado por Operadoras de Planos de Saúde (OPS)³⁸. Essas operadoras ofertam coberturas nas modalidades individual, familiar e coletiva, ramificando-se nos segmentos de Medicina de Grupo, Autogestão, Cooperativas Médicas, Filantropia e Seguradoras Especializadas³⁴.

O cenário angolano é descrito como um mercado em franca expansão. Os dados apontam 207 entidades autorizadas a operar, sendo 23 seguradoras (das quais 18 operam nos ramos Vida e Não-Vida, e 5 atuam exclusivamente no Ramo Não Vida), além de fundos de pensões, sociedades gestoras e mediadores. A assistência à saúde em Angola enquadra-se no segmento "Não Vida", especificamente sob o ramo "Doença", englobando as modalidades de prestações convencionadas e indenizatórias³³.

A definição de coberturas evidencia diferenças operacionais marcantes. O sistema brasileiro adota o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde²³, atualizado periodicamente pela ANS, que estabelece uma cobertura mínima obrigatória a ser oferecida a todos os beneficiários. Em contrapartida, o setor em Angola é regulado dentro do regime jurídico do ramo de doença, inexistindo, até o momento, um rol padronizado nacional imposto pelo Estado. As coberturas dependem, portanto, das particularidades dos contratos estabelecidos.

A estruturação da governança assistencial depende intrinsecamente da

regulação ético-profissional. O modelo brasileiro é fundamentado em um tripé institucional consolidado: a macrorregulação da ANS, a microrregulação promovida pelas operadoras e a regulação ética tutelada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO). Este último atua na normatização da auditoria, com o objetivo de inibir abusos econômicos sobre a autonomia clínica dos profissionais.

No panorama angolano, a literatura aponta para a existência de lacunas legislativas específicas da área de saúde e a necessidade de estruturação da futura Ordem dos Profissionais de Odontologia de Angola^{10,17,28}. A constituição de comissões de ética locais é descrita como passo necessário para legitimar a atuação do auditor de forma estritamente técnica, mitigando o viés puramente financeiro. Esses contextos normativos refletem-se nos tipos de auditoria praticados em ambos os países. No Brasil, relata-se uma prática sistêmica e altamente diversificada, que contempla a auditoria prévia/preventiva, operacional/concorrente, de contas/retrospectiva, analítica e in loco. Já nas entidades de seguros em Angola, observa-se a predominância da auditoria interna e externa (independente)¹¹. A literatura aponta que a prática atual é essencialmente financeira e contábil, com foco no controle de transações e na gestão de riscos de negócio, evidenciando uma carência de metodologias direcionadas à auditoria clínica.

O mercado de saúde suplementar brasileiro atravessa uma transição documentada na qual a auditoria deixa de

ser um instrumento estritamente punitivo e voltado a glosas, consolidando-se como um pilar de segurança do paciente e melhoria da qualidade assistencial^{34,39,40}. Em Angola, a auditoria interna e a gestão de riscos configuram obrigações legais perante a ARSEG, visando uma "gestão sã e prudente". Contudo, a integração sistêmica dos riscos clínicos ainda esbarra na insuficiência de manuais e protocolos padronizados. A consolidação desses sistemas de qualidade depara-se com distintos desafios referentes ao capital humano.

No Brasil, a literatura foca no gerenciamento dos conflitos de ANS, em relação as tensões de interesse entre operadoras e prestadores, demandando atualização e qualificação contínua do quadro de auditores³⁴. Já em Angola, os achados sublinham uma escassez crítica de profissionais que possuam conhecimentos técnicos e científicos suficientes para atuar como auditores especializados em saúde e odontologia, demandando perfis com formações híbridas que congreguem saberes clínicos, econômicos e normativos.

DISCUSSÃO

A análise comparativa entre os sistemas de saúde de Angola e do Brasil (Quadro 1) demonstra que, embora ambos compartilhem o princípio da universalidade e tenham a Atenção Primária como eixo principal, suas trajetórias históricas e capacidades de resposta divergem substancialmente. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil consolida-se por meio de um arcabouço constitucional

robusto e financiamento tripartite, enfrentando o subfinanciamento crônico, mas mantendo uma rede regionalizada e complexa. Em contrapartida, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola ainda lida com as sequelas estruturais de um longo conflito armado, o que resulta em um

sistema de referência e contrarreferência ineficaz e numa profunda desigualdade territorial, concentrando os recursos e infraestruturas na capital, Luanda, em detrimento das vastas áreas rurais desassistidas^{6,17,21,24}.

Quadro 1 - Análise comparativa entre a estruturação do mercado de saúde suplementar brasileiro e o mercado de seguros de Angola.

Critério de Comparação	Mercado de Saúde Suplementar (Brasil)	Mercado de Seguros e Resseguros (Angola)
Órgão Regulador	ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)	ARSEG (Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros)
Marcos Legais Principais	Lei nº 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde) e Lei nº 9.961/2000 (Criação da ANS).	Lei nº 18/22 (Lei da Atividade Seguradora e Resseguradora - LASR) e Decreto Presidencial nº 141/13 (Criação da ARSEG)
Dimensão do Mercado e Entidades Autorizadas	Mercado estruturado, com aproximadamente 53 milhões de beneficiários. É composto por múltiplas operadoras divididas em segmentos: Medicina de Grupo, Autogestão, Cooperativas Médicas, Filantropia e Seguradoras Especializadas.	Mercado em expansão com 207 entidades autorizadas a operar.
Estrutura e Segmentação do Mercado	Atua através de Operadoras de Planos de Saúde (OPS) com coberturas individuais, familiares e coletivas (empresariais ou por adesão).	O mercado é segmentado em Ramos Vida e Não Vida.
Definição de Coberturas	Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde atualizado periodicamente pela ANS, que garante uma cobertura mínima obrigatória a ser oferecida a todos os beneficiários.	Regulado dentro do regime jurídico do ramo "Doença", sem um rol padronizado nacional, dependendo fortemente dos contratos convencionados.
Regulação Ético-Profissional	Possui um tripé institucional consolidado: macrorregulação (ANS), microrregulação (Operadoras) e regulação ética através do CFO (Conselho Federal de Odontologia).	Apresenta lacunas legislativas e necessita da estruturação da futura Ordem dos Profissionais de Odontologia de Angola (OOA) para instituir comissões de ética que legitimem a atuação do auditor de forma técnica e não puramente financeira.
Tipos de Auditoria Praticados	Altamente diversificada e sistêmica. Praticase a auditoria Prévia/Preventiva (análise antes da execução), Operacional/Concorrente (durante o atendimento), de Contas/Retrospetiva (pós-evento para pagamento), Analítica (comparação de indicadores) e <i>in loco</i> (estrutura).	Foco predominante na Auditoria Interna e Auditoria Externa (independente). A prática atual nas entidades de seguros angolanas é essencialmente financeira e contábilística, com enfoque nas transações e na gestão de riscos de negócio, havendo falta de metodologias para a auditoria clínica.
Auditoria e Governança Clínica	A auditoria está em transição: evoluiu de um modelo estritamente contábilístico/punitivo focado em glosas para um pilar central de governança clínica, segurança do paciente e melhoria da qualidade.	A auditoria interna e a gestão de riscos são teoricamente obrigações legais da ARSEG para assegurar uma "gestão sã e prudente".
Desafios de Capital Humano (Auditoria)	O foco atual é superar os conflitos de interesses (conflitos de agência) entre as operadoras e os prestadores, mantendo a qualificação e atualização contínua dos auditores.	Sofre com a escassez crítica de profissionais com conhecimentos técnicos e científicos suficientes (perfil híbrido em clínica, economia e direito) para atuar como auditores especializados em saúde/odontologia no país.

No âmbito do atendimento odontológico, essa assimetria estrutural manifesta-se em realidades demográficas opostas, configurando barreiras de acesso distintas. O Brasil vivencia o chamado "paradoxo da saúde bucal": detém a maior proporção de cirurgiões-dentistas do mundo (1:460), mas ainda sofre com iniquidades socioeconômicas que afastam milhões de cidadãos da cadeira odontológica, mesmo com os avanços preventivos do programa Brasil Sorridente. Angola, por sua vez, enfrenta a escassez absoluta de capital humano, com a alarmante taxa de um profissional para cada 43.460 habitantes. Consequentemente, o atendimento público angolano é predominantemente curativo, motivado pela dor e restrito a procedimentos mutiladores (exodontias), distanciando-se do modelo preventivo e reabilitador que se tenta consolidar no SUS brasileiro^{10,25,26,31,32}.

As limitações na capacidade de absorção e na qualidade dos sistemas públicos impulsionaram, em ambas as nações, a expansão do mercado de saúde suplementar, embora em estágios distintos. O Brasil exibe um mercado altamente consolidado, com dezenas de milhões de beneficiários, estritamente regulado pela ANS e pautado por um Rol de Procedimentos obrigatórios. O cenário angolano é o de um mercado segurador emergente e promissor, supervisionado pela ARSEG. No entanto, a principal diferença reside na arquitetura assistencial: a saúde privada angolana, enquadrada no ramo "Não Vida", opera sem um rol padronizado de coberturas mínimas

imposto pelo Estado, dependendo quase exclusivamente da dinâmica dos contratos indenizatórios e convencionados.

É exatamente na regulação ético-profissional e na governança clínica que residem as maiores divergências e oportunidades de intercâmbio entre os países. No Brasil, o tripé institucional formado pela ANS, operadoras e Conselho Federal de Odontologia (CFO) tem permitido que a auditoria odontológica transcenda a ótica puramente punitiva, assumindo um papel de qualidade assistencial e mitigação de conflitos de agência⁴⁰. Em Angola, a ausência de uma Ordem dos Profissionais de Odontologia (OOA) legalmente instituída e a escassez de auditores com conhecimentos periciais deixam o sistema vulnerável^{10,17,28}. A auditoria nas seguradoras angolanas é essencialmente contábil e financeira, focada no risco de negócio, o que favorece práticas inadequadas, repetições de procedimentos, falhas em prontuários e subverte a autonomia profissional à lógica da contenção de custos.

Em suma, os principais desafios de ambos os países exigem o fortalecimento da regulação e a valorização da ética em saúde. Para o Brasil, o desafio contínuo é equalizar os conflitos de interesse entre prestadores e operadoras, aprimorando a auditoria como indutora da Odontologia Minimamente Invasiva. Para Angola, o desafio é basilar: urge formar capital humano híbrido (com domínio clínico, econômico e normativo) e estruturar comissões de ética locais. A inserção de balizas da Odontologia Legal nas seguradoras angolanas é o passo decisivo

para transformar a auditoria em uma ferramenta de Governança Clínica, protegendo as operadoras contra fraudes e assegurando, acima de tudo, a excelência e a segurança no cuidado ao paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde suplementar odontológica no Brasil e em Angola encontra-se em estágios distintos de maturação. O Brasil possui um setor maduro e regulado, cujo principal desafio é mitigar conflitos de agência e equilibrar interesses financeiros e assistenciais. Já o mercado angolano é emergente, mas esbarra na grave

escassez de cirurgiões-dentistas e na ausência de diretrizes ético-clínicas. Assim, enquanto o Brasil foca em aprimorar a governança clínica preventiva, a urgência de Angola é formar capital humano especializado e instituir uma regulação sólida para garantir a segurança e a qualidade do atendimento ao paciente.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

ABSTRACT

Access to dental services remains challenging in Brazil and Angola, countries that share social inequalities and structural weaknesses despite distinct geographic contexts. This study conducted a comparative analysis of the two systems, focusing on supplementary health coverage and the organization of dental care through a narrative literature review, analysis of regulatory frameworks, and demographic indicators. In Brazil, the supplementary market is well established and regulated by the National Supplemental Health Agency (ANS), covering about 35 million beneficiaries in exclusively dental plans. In Angola, the sector is emerging, supervised by the Angolan Insurance Regulation and Supervision Agency (ARSEG), and faces critical limitations, such as a shortage of professionals (1 dentist for every 43,460 inhabitants) and the absence of a standardized list of procedures. While Brazil advances structured prevention and health promotion policies, such as “Brasil Sorridente”, Angola still relies predominantly on curative practices constrained by economic and operational limitations. The differences between the models are also reflected in clinical governance: in Brazil, the central challenge is to mitigate conflicts between insurers and providers; in Angola, the need stands out for training professionals with hybrid competencies and for strengthening ethical and regulatory frameworks. The integration of forensic dentistry tools into Angolan insurers emerges as a decisive step to turn auditing into an instrument of clinical governance, combating fraud and ensuring patient safety and care quality. It is concluded that, although both countries seek to expand access to oral health, their development trajectories, regulatory capacity, and the maturity of their supplementary markets differ substantially.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Supplemental Health; Dental audit; Angola.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Decreto nº 591, de 6 de Julho de 1992. Promulga o Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decret o/1990-1994/d0591.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
2. ONU (Assembleia Geral). Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. 1966. Disponível e: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acesso em: 16 de março de 2026.
3. Fonseca LE, Figueiredo MCB de, Porto CSBM. Gestão da Atenção Primária: desafio para a cooperação internacional em saúde. Cien Saúde Colet. 2017;22(7):2287-2294. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.06232017>
4. Kapalu I. O Direito à Saúde na Constituição angolana e brasileira: um estudo comparado. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2016;5(1):220-33. <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i1.280>
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe Sobre as Condições Para a Promoção, Proteção e Recuperação Da

- Saúde, a Organização e o Funcionamento Dos Serviços Correspondentes e Dá Outras Providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
6. Caneca AMJ, Chaximbe OCM, Sarreta F de O. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios. Revista Angolana de Ciências. 2021;3(2):350-70. <http://dx.doi.org/10.54580/R0302.05>
7. Garbin D, Mattevi GS, Carcereri DL, Caetano JC. Odontologia e Saúde Suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. Cien Saúde Colet. 2013;18(2):441-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200015>
8. Brasil. Lei nº 14.572, de 8 de Maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal No Âmbito Do Sistema Único de Saúde (SUS) e Altera a Lei No 8.080, de 19 de Setembro de 1990, Para Incluir a Saúde Bucal No Campo de Atuação Do SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
9. Quintas A, Nhamba LA, Artur Abrantes AA, Mango Lima Ferreira CA, Kamalanga HC, Chingualulo GC. Prevenção da cárie dentária: proposta metodológica para redução de danos em crianças e adolescentes do lar de orfanato das irmãs santas inocentes da caála. RECISATEC - Revista Científica Saúde e Tecnologia. 2023;3(5):e35264. <http://dx.doi.org/10.53612/recisatec.v3i5.264>
10. Caconda LLI, Moimaz SAS, Saliba NA, Chiba FY, Saliba TA. Condição de saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos em idosos atendidos em um hospital municipal da área rural de Benguela, Angola. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2021;24(4). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562022025.210145>
11. Diedone MK, Trabas EA, Rivero IL. Auditoria interna com foco em gestão de riscos em seguradoras e fundos de pensão em Angola. Caribbean Journal of Social Sciences. 2017;10.
12. Lukamba WV, Domingos AC, Luacuti RN, Moisés MNT, Miguel MAD. Desenvolvimento e análise do sistema de saúde nacional de angola: cinquenta anos de mudanças, progressos e obstáculos (1975-2025). Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2025;11(9):3215-3226. <http://dx.doi.org/10.51891/rease.v11i9.21168>
13. Angola. Decreto Presencial nº 262 de 24 de novembro de 2010 - Aprova a Política Nacional de Saúde. Disponível em: https://extranet.who.int/cpcd/sites/default/files/public_file_repository/AGO_Angola_Decreto-Presidencial-No-262-10-Aprova-a-Politica-Nacional-de-Saude_2010.pdf. Acesso em: 16 de março de 226.
14. Queza AJ. Evolução histórica do Sistema Nacional de Saúde Angolano. Revista Angolana de Ciências da Saúde. 2020;1(1). Acesso em: 13 de março de 2026.
15. Angola. Lei nº 21-B de 28 de Agosto de 1992 – De Bases do Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: https://files.lex.ao/assembleia-do-povo/1992/lei-n-o-21-b-92-de-28-de-agosto/download/lei-n-o-21-b-92-de-28-de-agosto_assembleia-do-povo_lex-ao.pdf. Acesso em: 16 de março de 2026.
16. Brasil. Constituição de 1988. Constituição da República Federativa do Brasil Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
17. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011;377(9779):1778-97. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
18. Machado CV, Silva GA e. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. Global Health. 2019;15(S1):77. <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-019-0523-5>
19. Angola. Anuário Estatístico Sanitário 2021. Disponível em: https://ine.gov.ao/Arquivos/arquivosCarregados/Carregados/Publicacao_638375138220811576.pdf. Acesso em: 16 de março de 2026.
20. Brasil. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
21. Songa MAS, Moimaz SAS, Saliba NA, Chiba FY, Saliba TA. O olhar para uma população desassistida: determinantes sociais da saúde em Angola. Saúde em Debate. 2024;48(143). <http://dx.doi.org/10.1590/2358-289820241439212p>
22. Moimaz SAS, Songa MAS, Saliba NA, Saliba TA. Dental education and proportion of inhabitants by Dentist in Angola. Research, Society and Development.

- 2021;10(4):e51110414356.
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14356>
23. Bleicher L, Cangussu MCT. Evolução das desigualdades na distribuição de dentistas no Brasil. Cien Saude Colet. 2024;29(1).
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232024291.15942022>
24. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. 2020. Disponível em:
https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/a09d971b8c3d3aebfe7e686cc221bc3d.pdf. Acesso em: 16 de março de 2026.
25. Novo Jornal. Morosidade: Médicos dentistas aguardam por legalização da Ordem há mais de 20 anos. Disponível em:
<https://www.novojornal.co.ao/sociedade/de-talhe/morosidade-medicos-dentistas-aguardam-por-legalizacao-da-ordem-ha-mais-de-20-anos-67838.html>. Acesso em: 16 de março de 2026.
26. Governo de Angola. Ordem dos Médicos reafirma compromisso da classe com a ética e atendimento humanizado. Disponível em:
<https://governo.gov.ao/noticias/2715/governo/cuidados-de-saude/ordem-dos-medicos-reafirma-compromisso-da-classe-com-a-etica-e-atendimento-humanizado>. Acesso em: 16 de março de 2026.
27. Conselho Federal de Odontologia. Quantidade Geral de Profissionais e Entidades Ativas. Disponível em:
<https://website.cfo.org.br/estatisticas/quantidade-geral-de-entidades-e-profissionais-ativos>. Acesso em: 16 de março de 2026.
28. Scarparo A, Zermiani TC, Ditterich RG, Pinto MHB. Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro. Cad Saude Colet. 2015;23(4):409-415.
<http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500040153>
29. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(3).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000300016>
30. Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros (ARSEG). Relatório de Mercado de Seguros e Fundos de Pensões de 2024. 2025. Disponível em:
<https://owa.arseq.ao/api/v1/public/download?f=QsGRL8hOi%2BmrHWkNXbMq8D%2b1ij%2bAD%2bAyPSbsx9ylurpbameHhJn%2fmFfZQpmNnb%2bG%2fQIFoi7k6Er%2fdDZxYRuhQo1WQq9gtl53uWcxmyGWrLcNI%2bpL%2be2NvkUaZ%2bNiN%2fbil4J62N3okisp%2b7L7eoWXmc7yQGiwUKQaxoeOLq99i4%3d>. Acesso em: 16 de março de 2026.
31. Villalobos MI de O e B, Leite NLP, Miranda GE. Perícia odontológica: foro administrativo. In: Franco A, Damascena NP, Deitos AR, Machado CEP, eds. Odontologia Legal - Doutrina e Prática Pericial. 1st ed. Millenium; 2024. p. 157-80.
32. Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm. Acesso em: 16 de março de 2026.
33. Angola. Lei nº 18 de 2022 Da Atividade Seguradora e Resseguradora. 2022. Disponível em:
https://files.lex.ao/assembleia-nacional/2022/lei-n-o-18-22-de-07-de-julho/download/lei-n-o-18-22-de-07-de-julho_assembleia-nacional_lex-ao.pdf. Acesso em: 16 de março de 2026.
34. Angola. Decreto Presidencial nº 141 de 2013. Disponível em:
<https://owa.arseq.ao/api/v1/public/download?f=QsGRL8hOi%2BmrHWkNXbMq8PLPxNesBEmNo9hwTOMaBnAQgWVTqZ9WFdQRv4SgFaLh>. Acesso em: 16 de março de 2026.
35. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar - Dados e Indicadores do Setor. 2026. Disponível em:
<https://www.gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 16 de março de 2026.
36. Miranda GE, Siqueira MCP, Ferreira RLSM, Bouchardet FCH, Vieira DNP, Daruge Júnior E. A glosa odontológica em uma operadora de grupo de grande porte. Revista da Faculdade de Odontologia - UPF. 2014;18(2).
<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i2.3406>
37. Lima APC de, Radicchi R. Auditoria inicial e sua relação com a odontologia minimamente invasiva na saúde suplementar odontológica – revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2025;80-9.
<http://dx.doi.org/10.21117/rbol-v12n12025-603>.