

**ESTUDO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DE PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICOS  
EM SALVADOR NO ANO DE 2004**

*José Luís Santos Cartaxo<sup>a</sup>*

*Maria Lígia Rangel Santos<sup>b</sup>*

**Resumo**

Este estudo discute a satisfação e a adesão aos planos de saúde odontológicos entre indivíduos de diferentes classes sociais. Preliminarmente, são apresentados alguns elementos conceituais necessários à compreensão do contexto em que se insere o mercado odontológico supletivo no Brasil e em Salvador. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, para a qual foram entrevistados trinta e seis informantes, que contrataram serviços de operadoras de saúde suplementar odontológico em Salvador no ano de 2004. Mediante um roteiro de entrevistas semi-estruturadas foram coletados dados sobre as representações dos planos odontológicos presentes nos discursos dos entrevistados, objetivando compreender a lógica subjacente às escolhas, em relação à contratação de um plano de saúde odontológico. Para a análise, foram selecionadas três dimensões abordadas em estudos de satisfação de serviços de saúde — a acessibilidade, a efetividade e a humanização —, além de categorias teóricas relacionadas com a forma de adesão (voluntária ou compulsória) e com a classe social dos entrevistados (proletariado ou burguesia). Algumas categorias empíricas que apareceram nos relatos também foram valorizadas na análise. Os resultados encontrados mostram um alto grau de satisfação em todas as categorias pesquisadas, o que pode ser explicado pela deficiência na prestação dos serviços públicos municipais em saúde bucal e pelo alto custo do tratamento odontológico pelo sistema de desembolso direto.

Palavras-chave: Planos de saúde. Satisfação do usuário. Atenção odontológica.

---

<sup>a</sup> Mestre em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia (UFBA).

**Endereço para correspondência:** Avenida Sete de Setembro, 3043, apto. 202, Ed. Baía do Sol, Ladeira da Barra, Salvador, Bahia - CEP: 40130 000. E-mail: [luisctx@hotmail.com](mailto:luisctx@hotmail.com)

<sup>b</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA.

## STUDY ABOUT CUSTOMER SATISFACTION REGARDING DENTAL HEALTH PLANS IN THE CITY OF SALVADOR IN 2004

### **Abstract**

This study discusses the satisfaction and adherence to dental health plans among individuals of different social classes. Preliminarily, the study illustrates conceptual elements necessary to understand the context in which the supplementary dental market exists in Salvador and Brazil. This is a qualitative study, with 36 participants who contracted supplementary dental health services in Salvador in 2004. Using the semi-structured interview, data were collected regarding the representations of the dental plans mentioned by the interviewees. The objective was to understand the underlying logic for the choices relating contracting a dental health plan. For the data analysis, three dimensions approached in studies regarding customer satisfaction of health services were selected: accessibility, effectiveness, and humanization. Theoretical categories related to the manner of adherence (voluntary or compulsory), and participants' social class (proletariat or upper class) were also used. Empirical categories that appear in the interviews were also respected in the analysis. The results show a high degree of satisfaction in all studied categories. This can be explained by the deficiency in public dental health services and by the high costs of private odontologic treatment.

Key words: Private insurance plans. Customer satisfaction. Dental care.

### **INTRODUÇÃO**

O sistema de saúde do Brasil pode ser caracterizado como segmentado, uma vez que apresenta três subsistemas na sua formação: um público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS); e os outros dois privados — o Sistema de Desembolso Direto (SDD) e o Sistema de Atenção Médica Supletiva (SAMS).<sup>1</sup>

O Sistema Único de Saúde caracteriza-se por ser um segmento estruturado por uma rede de ações e serviços, prestados por órgãos das três esferas governamentais. O SUS tem como princípios básicos a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade no atendimento e, segundo a Constituição brasileira de 1988, deve ofertar gratuitamente os serviços públicos de assistência à saúde. Vale salientar que a iniciativa privada participa do SUS por meio dos prestadores privados de serviços de saúde, sejam hospitais, clínicas, laboratórios ou profissionais autônomos.

Já o Sistema de Desembolso Direto caracteriza-se pela prática liberal dos profissionais que atendem diretamente aos seus pacientes. Os honorários e o plano de tratamento são definidos pelo profissional, sem qualquer tipo de interferência.

Quanto ao SAMS, distingue-se pela intermediação da assistência entre prestador e usuário, com a mediação de operadoras de planos de saúde.

A relação de causalidade entre as dificuldades de acesso, continuidade e cobertura do sistema público de saúde e o crescimento da adesão ao subsistema de saúde suplementar tem sido analisada como uma proposição coerente. Percebe-se, no entanto, uma carência de investigações que expliquem os mecanismos pelos quais essa situação se processa. Para ultrapassar o senso comum, faz-se necessário, antes de tudo, identificar o perfil dos usuários que utilizam os serviços das operadoras de planos de saúde suplementar e, com base nessas informações, descrever as diferentes tendências que levam os sujeitos para essa modalidade de assistência à saúde.<sup>2</sup>

Pode-se constatar que os dentistas afirmam a importância de se associar a convênios, pois estes os ajudam na aquisição de um mercado consumidor mais amplo, já que o paciente pode se sentir atraído por condições mais viáveis, do ponto de vista econômico, oferecidas pelos planos de saúde.<sup>3</sup> É fácil perceber que a produtividade ganha ênfase nesse contexto, restando apenas saber se essa característica está ou não articulada com a qualidade dos serviços prestados.

A precariedade no atendimento à saúde bucal no setor público e os altos custos do tratamento particular permitiram o aparecimento de empresas interessadas em comercializar planos de saúde odontológicos. Nesse contexto, não é de se surpreender o ativo crescimento da fatia de mercado correspondente às clínicas e empresas que oferecem planos e seguros de saúde bucal. Sem qualquer expressão, até meados dos anos de 1980, esse segmento, segundo dados do Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo (SINOG), chega ao final do século XX com cerca de 300 empresas e aproximadamente 7 milhões de clientes. Embora planos individuais sejam aceitos, contratos coletivos, envolvendo o conjunto dos trabalhadores e funcionários de uma empresa, são os mais procurados pelas operadoras de planos de saúde.

Dados do SINOG permitem estimar que cerca de 80 mil dentistas e clínicas odontológicas são credenciadas ao sistema supletivo odontológico em todo o Brasil, representando 45% do total de profissionais do país.

Cabe refletir sobre a adequação desse tipo de oferta de serviços odontológicos, diante das necessidades de saúde bucal da população brasileira.

Na Bahia, essas características apresentam-se em conformidade com o quadro nacional. Todavia não existem dados suficientes para estimar o contingente de dentistas e de usuários que se associam às operadoras de planos de saúde (OPS) odontológicos. Isso porque, é de conhecimento, tanto da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) quanto do Conselho Regional de Odontologia (CRO-BA), a existência de operadoras que atuam de maneira ilegal, o que impossibilita a exatidão desses números. Assim, resta à ANS divulgar essas informações com base apenas nas operadoras registradas, as quais se encontram discriminadas no **Quadro 1**.

	Odontologia de Grupo		Cooperativas odontológicas	
	Operadoras	Usuários	Operadoras	Usuários
BAHIA	8	90.544	2	2.264
BRASIL	286	1.953.968	180	959.462

Fonte: ANS – Cadastro Beneficiários, agosto/2002.

### Quadro 1. Número de planos e de beneficiários na Bahia e no Brasil

Frente a essas características, a assistência à saúde privatizada tem acumulado uma série de distorções ao longo do tempo, nos lugares em que foi aplicada. Isto especialmente devido aos abusos praticados pelas operadoras de planos de saúde em relação aos constantes reajustes praticados, à exclusão indiscriminada de algumas patologias da totalidade de procedimentos cobertos e às dificuldades de exercer um controle adequado sobre os serviços prestados<sup>4</sup>. Tal fato motivou a criação da ANS, que fiscaliza e regulamenta o setor, a qual, segundo o Sindicato Nacional de Odontologia de Grupo (SINOG), reconhece as seguintes modalidades de assistência odontológica supletiva com os seus respectivos conceitos:

- **Odontologia de Grupo** — entidades que operam exclusivamente planos odontológicos. Caracterizam-se pela intermediação do serviço odontológico e pela prestação de serviços direta ao paciente, investindo capital na promoção do negócio, com o objetivo de oferecer atendimento odontológico a uma parcela da população e, como resultado, auferir lucro. Ex: Associl, Odontoprev, Odontosystem.
- **Autogestão** — são as empresas que, por meio do seu departamento de recursos humanos, se responsabilizam pelo plano de assistência odontológica aos seus funcionários, aposentados e dependentes. Devem possuir gestão própria e não têm fins lucrativos. Ex: Cassi, Petrobras.
- **Cooperativas** — são classificadas na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na lei 5.764 / 71, que operam exclusivamente planos odontológicos. Nesse sistema, os profissionais se unem, subscrevendo quotas, e montam uma rede para prestar serviços aos pacientes por eles próprios captados. Ex: Uniodonto, Coopodonto.

- **Seguradoras** — são empresas que recolhem prêmios (mensalidades) de acordo com cálculos atuariais de probabilidade de ocorrência de sinistro (necessidade de usar o plano). Geralmente trabalham apenas com reembolso, conforme tabela própria. São raras as empresas que atuam nesse segmento, contemplando a assistência odontológica. Ex: Bradesco Saúde.

Diante da problemática da assistência odontológica no Brasil, destaca-se a questão da satisfação do usuário dos serviços prestados pelas operadoras de planos odontológicos, como tema central deste estudo, cujo objetivo é contribuir para a compreensão desse campo, bem como para o debate sobre as alternativas de reorganização desses serviços de saúde, que têm se instalado no país sem informações suficientes sobre o seu desenvolvimento. Assim, o estudo busca identificar as razões pelas quais os usuários optam pelo atendimento do sistema de odontologia supletiva e analisar o padrão de satisfação dos usuários da assistência odontológica supletiva em relação à efetividade, acessibilidade e humanização do atendimento. Cabe investigar se essa assistência supletiva, que se processa na perspectiva de um modelo hegemônico curativo/restaurador e baseia-se em uma lógica lucrativa, vem sendo realizada de modo satisfatório para os usuários.

## MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo, a segmentação interna da clientela dos planos e seguros de saúde foi considerada mediante dois recortes. O primeiro refere-se à forma de adesão e distingue duas maneiras pelas quais os indivíduos se vinculam aos planos e seguros de saúde. As modalidades de adesão foram classificadas em “compulsória”, referindo-se às situações em que o vínculo empregatício do indivíduo aparece como um fator de indução à adesão, e “voluntária”, aquelas decorrentes da iniciativa própria e da ação particular dos sujeitos.<sup>2</sup>

O segundo recorte utilizado para caracterizar a segmentação da clientela do sistema de saúde odontológica suplementar baseou-se na segmentação de classe social do conjunto dos seus clientes. Assim, seis categorias seriam processadas com base no estudo sobre classes sociais desenvolvido por Solla.<sup>5</sup> No entanto, no decorrer das entrevistas, pôde-se constatar que o *corpus* não trazia uma diversidade de discursos dos informantes que justificasse a utilização de seis categorias de análise para a classe social. Desta forma, optou-se por considerar apenas duas categorias relacionadas com esse recorte: burguesia, que abrange, além dela mesma, a nova burguesia e a pequena nova burguesia; e proletariado, que engloba também o sub-proletariado e os excluídos da população economicamente ativa (PEA).

Com relação às dimensões selecionadas para a análise, nenhuma referência foi encontrada para a realização da avaliação da satisfação do usuário em odontologia. Portanto optou-se pelos três indicadores mais utilizados na área de avaliação da satisfação do usuário em saúde, quais sejam: a acessibilidade, a efetividade e a humanização. As características desses indicadores são apresentadas na seqüência.<sup>6</sup>

A acessibilidade refere-se ao grau de facilidade ou dificuldade com que os indivíduos se deparam no momento em que buscam obter a atenção ofertada pelos serviços de saúde. Tais dificuldades ou facilidades podem ser provenientes de vários fatores, tais como: a localização dos serviços, o grau de adequação qualitativa entre oferta e demanda, os procedimentos e requisitos necessários à admissão do paciente, o tempo de espera que antecede o atendimento, entre outros. Como se vê, as condições de acesso não se limitam à relação quantitativa entre a oferta e a demanda, embora esse seja um dos seus aspectos centrais. Fatores geográficos, organizacionais, financeiros e culturais compõem o mosaico que permitirá a sua compreensão.<sup>7</sup>

A efetividade é uma dimensão de análise que se relaciona com o efeito das ações e práticas de saúde e será capaz de identificar as percepções dos usuários em relação à continuidade, ao resultado e às conseqüências do tratamento produzidas pela adesão ao plano de saúde.

A humanização nos serviços de saúde não se deve confundir com iniciativas isoladas e esporádicas. Ela supõe uma política administrativa integrada e permanente, centrada no atendimento personalizado do enfermo e um perfeito entendimento das expectativas e necessidades dos pacientes que, para tanto, devem ser consultados por meio de um sistema eficaz de comunicação.<sup>8</sup>

Neste estudo, optou-se pela abordagem qualitativa da pesquisa, que permite explorar as diferentes representações sobre o tema focalizado, identificando e, sobretudo, fundamentando os diversos pontos de vista. Além disto, garante que as visões, crenças, modos de vida e concepções sobre o processo saúde/doença do entrevistado sejam contemplados.<sup>9</sup>

A técnica de coleta de dados definida foi a entrevista individual em profundidade. A escolha dos participantes foi feita por estratificação, de modo a incluir a diversidade de usuários. Estes foram selecionados nos arquivos das duas maiores operadoras de planos odontológicos de Salvador, que, juntas, detêm 60% dos usuários desse mercado na região metropolitana de Salvador.<sup>3</sup>

Foram realizadas trinta e seis entrevistas semi-estruturadas.

Utilizou-se um roteiro fundamentado nas dimensões teóricas, abrindo-se as entrevistas ao surgimento de dimensões empíricas. Assim, foram considerados como indicadores

de *Acessibilidade*: a) processo de marcação — opções de horário (alternativos / tradicionais); b) proximidade do trabalho ou da residência; c) fator motivador da escolha (indicação, referência da operadora); d) tempo de espera. Como indicadores de *Efetividade* foram definidos: a) retorno; b) resolução do problema; c) finalização do tratamento; d) integralidade do tratamento. Como indicadores de *Humanização*, considerou-se: a) relação equipe odontológica/paciente — acolhimento; b) grau de confiança na equipe odontológica; c) duração da consulta; d) informações, recomendações e prescrições; e) privacidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, gerando um *corpus* que foi submetido à análise de conteúdo, na qual foram consideradas as dimensões teórica e empírica.

Vale ressaltar que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e que todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foi encontrado um alto grau de satisfação em todas as categorias analisadas. Esse resultado parece estar relacionado ao componente financeiro e à possibilidade da inclusão de dependentes na lista de usuários dos planos, o que também contribui para uma significativa redução nos custos com a saúde bucal. Além disso, a certeza da realização do tratamento, que reflete uma percepção de segurança, e a forma integral que esse tratamento é disponibilizado pelos planos de saúde odontológicos, também são fatores que contribuem para um grau de satisfação elevado.

Quando se trata da acessibilidade, pode-se perceber que a satisfação atinge um alto grau tanto na categoria classificada como burguesia, quanto na categoria proletariado. Em relação a essa dimensão de análise vários pontos foram destacados pelos entrevistados como positivos, a exemplo da proximidade das clínicas credenciadas e da flexibilidade de horários por elas oferecidos. O tempo para a marcação da primeira consulta variou entre dois a sete dias e o tempo de espera para realização do atendimento sofreu uma variação de 15 a 60 minutos. Contudo nenhum entrevistado apontou esses dados de maneira negativa.

A necessidade de se realizar a perícia mostrou-se como um elemento empírico em torno do qual houve discordância. Alguns entrevistados a consideram como uma garantia da qualidade do tratamento executado, enquanto outros julgaram-na desnecessária, demorada e burocrática. Estes baseiam essa opinião no fato do atendimento propriamente dito ser prestado por um profissional associado ao plano, que só por isso já mereceria total confiança por parte da operadora.

Dentre os entrevistados classificados na categoria proletariado, ocorreu um consenso das informações em relação às diferenças entre as condições de acesso nas unidades de saúde municipais e na assistência supletiva. As longas filas, onde os usuários tinham que dormir na noite anterior ao atendimento, e principalmente a incerteza sobre a realização do atendimento são situações descritas pelos componentes da categoria em análise. Isto contrasta com o atendimento supletivo sem filas, sem grandes esperas e com a certeza do atendimento, em um ambiente mais confortável.

As entrevistas demonstraram ainda que alguns usuários optaram pelo sistema supletivo porque o profissional que os atendia antes, em serviço particular, atende-os também pelo plano de saúde. O que demonstra a expansão da assistência supletiva como forma de captação de clientela por parte dos prestadores de serviços.

Com relação à efetividade, independente da categoria analisada, a grande maioria dos pesquisados relata que teve os seus tratamentos concluídos e os seus problemas resolvidos, o que influenciou positivamente para que o grau de satisfação fosse tido como elevado.

A pesquisa demonstrou que na categoria proletariado a adesão voluntária aos planos se processa não apenas pela insatisfação ou insegurança em relação ao sistema público, mas também quando a saúde bucal ganha importância na ordem de prioridades dentro de um contexto familiar de escassos recursos financeiros. Essa prioridade é geralmente desencadeada pela descoberta de alguma doença bucal. Contudo o material da pesquisa revela que, independente da classe social a que pertencem, alguns usuários voluntários não renovam os contratos com as operadoras de planos odontológicos assim que finalizam o tratamento. Esta atitude demonstra uma percepção diferenciada em relação aos planos médicos, que são mantidos pelos usuários voluntários, mesmo que momentaneamente não exista a necessidade médica aparente.

Identificou-se que alguns tratamentos não eram cobertos pelo plano e exigia-se uma cobrança além das mensalidades, para que esses serviços fossem executados. Alguns usuários realizavam pelo próprio sistema do plano, outros entravam em acordo diretamente com o prestador.

Dentre as dimensões pesquisadas, a questão da humanização foi a que demonstrou maior divergência de opiniões. Os entrevistados da categoria proletariado admitem que nessa dimensão o atendimento prestado pela assistência supletiva é superior ao atendimento do SUS. Já os entrevistados da categoria burguesia não percebem tanto essa diferença, pois realizavam os seus tratamentos odontológicos em clínicas que prestam serviços às operadoras de planos odontológicos ou oferecem o atendimento pelo sistema de desembolso direto. De uma maneira geral, a despeito de se encontrar algumas discordâncias de opiniões na dimensão de análise humanização, também se pode considerar que o grau de satisfação foi elevado nas diferentes categorias analisadas.



Pôde-se perceber em algumas falas que muitos entrevistados comparavam o sistema supletivo odontológico com o sistema médico e admitiam que o atendimento odontológico pelo sistema de desembolso direto estava findando, como aconteceu com o modelo médico.

“[...] não vejo diferença nenhuma em ser paciente de convênio. Aliás, com os médicos é assim também, né? [...] hoje os médicos só atendem convênios, não existe mais atendimento particular;”

Alguns entrevistados da categoria “burguesia”, entretanto, relataram insatisfação em relação ao atendimento oferecido pelas clínicas odontológicas credenciadas às operadoras. As principais queixas diziam respeito à rapidez durante as consultas, sendo, inclusive, percebido que os dentistas que os atendiam estavam insatisfeitos em ter se associado ao plano odontológico.

“O dentista fazia tudo muito rápido, era inseguro e ele mesmo reclamava do plano [...] Dizia que recebia muito pouco pelo serviço [...] se o dentista não tá satisfeito, atende correndo, nem fala com você direito, é claro que a gente fica com uma pulga atrás da orelha. Dito e certo, 3 meses depois começou a cair tudo;”

O conteúdo das entrevistas mostrou que muitas informações relacionadas à cobertura dos planos contratados eram prestadas aos usuários pelos dentistas e não pelo representante da operadora. Este fato causou descontentamento em alguns usuários, como o responsável pelo discurso seguinte:

“Sim, faltam esclarecimentos sobre as coberturas; pensei que meu plano cobrisse tudo e não é bem assim, até o dentista falou nisso, que na hora de vender eles prometem mundos e fundos e acaba sendo o dentista que explica o que pode ou não fazer pelo plano;”

A comparação com o atendimento prestado nas unidades de saúde pública não mostrou em nenhum momento uma referência ao profissional dentista. Ou seja, na percepção do entrevistado, o dentista que atua no serviço público não tem condições para desempenhar o seu ofício da mesma maneira que o faz em uma clínica particular. Portanto as maiores críticas não recaem sobre o profissional, mas sim sobre a falta de condições estruturais e financeiras a que ele é submetido. A grande demanda de pacientes é tida como uma das causas para a falta de um atendimento mais humanizado na rede pública.

“Pôxa... não é que o do posto seja ruim [referindo-se ao dentista], é que tem muita gente pra atender, é mais rápido. Lá eles têm que atender rápido e acho que só chega gente com muita dor, doido pra ficar livre do dente, aí só resta arrancar, não sei se pode fazer outras coisas;”

## **DISCUSSÃO**

O estudo da satisfação dos usuários da assistência odontológica supletiva permite identificar alguns elementos importantes para explicar o deslocamento destes indivíduos, que antes buscavam o atendimento odontológico pelo SUS ou pelo sistema de desembolso direto.

Neste estudo, alguns entrevistados da categoria proletária, por exemplo, admitiram que tinha sido a primeira vez que concluíram um tratamento odontológico e que, anteriormente, só tinham acesso a extrações; como usuários de plano, passaram a ter um atendimento integral. Entrevistados da categoria voluntária, porém, assumiram que, assim que concluíssem o tratamento, não iriam renovar o contrato com o plano. Tal situação mostra que os usuários levam em consideração, para manifestar satisfação, o fato de conseguirem finalizar o tratamento. Entretanto, assim que esse é concluído, a adesão ao plano deixa de assumir um papel prioritário na ordem de despesas do indivíduo. Depreende-se, então, que não há adesão devido à priorização da prevenção em saúde bucal. Isto pode refletir que a visão hegemônica de saúde bucal ainda é fundamentada em uma perspectiva curativista, enquanto o paradigma da prevenção, só mais recente e vagarosamente sai do espaço da academia para alcançar a comunidade, transformando-se em uma necessidade e passando a fazer parte das suas expectativas.

O mesmo pode ser observado em relação à adesão voluntária, quando se tem como motivação a descoberta da doença bucal, por parte do indivíduo. Vários informantes admitiram que somente quando descobriram que estavam com alguma patologia bucal é que optaram por se associar a uma operadora de planos odontológicos.

O fato de um indivíduo já ter sido beneficiário de um plano de forma compulsória é um elemento importante na adesão voluntária, quando este mesmo indivíduo, por demissão ou aposentadoria, perde o direito ao plano pela empresa.

No que se refere à sistemática do plano, a autorização dos procedimentos apenas uma vez por semana foi um ponto negativo apontado pelos entrevistados. A falha do representante do plano em relação às informações, principalmente sobre a cobertura do plano, também foi diagnosticada como deficiente, tendo em alguns casos o próprio dentista assumido a responsabilidade de prestar a informação sobre a cobertura. Apesar de aparecer em vários depoimentos, tal fato não gerou maiores conflitos com as operadoras, ao contrário do que acontece com os planos médicos.

A obrigatoriedade da realização da Perícia é um ponto de divergência de opiniões entre os entrevistados. Enquanto uns a consideram como um elemento de segurança, em relação à qualidade do serviço executado, outros a consideram como desnecessária.

A maioria dos entrevistados considerou que o atendimento na sede das operadoras era de qualidade inferior, em todas as categorias de análise pesquisadas, quando comparado ao atendimento prestado por clínicas particulares credenciadas aos planos. Essa situação mostra que os dentistas, enquanto donos dos seus consultórios, têm condições de se dedicar muito mais aos seus pacientes usuários de planos, quando comparado com o atendimento prestado na própria sede da operadora. Pode-se concluir que o atendimento nas sedes das operadoras merece uma investigação mais aprofundada.

Com base nesta pesquisa, considera-se necessário ampliar a quantidade de dimensões de análise, incluindo a dimensão segurança, pois a questão da certeza do atendimento foi mencionada em várias oportunidades por diferentes informantes, sendo avaliada como decisiva para a adesão ao sistema de odontologia supletiva.

No que tange à dimensão acessibilidade, pode-se afirmar que, embora as condições de acesso não expliquem por si só o deslocamento de clientela do sistema público para os planos de saúde, trata-se de uma situação real, que influencia as escolhas e preferência em relação ao setor privado.

Os resultados deste estudo sugerem que a deficiência no atendimento público odontológico em Salvador, em relação à continuidade e integralidade da assistência, está diretamente relacionada ao alto grau de satisfação dos usuários de planos odontológicos, uma vez que, em várias entrevistas, há manifestações de queixas em relação a esses dois aspectos. Ademais, a procura por uma unidade odontológica pública somente é mencionada em casos de extrema necessidade e não se encontrou em nenhuma das entrevistas que essa procura se deu visando um atendimento integral.

No conteúdo das entrevistas da categoria proletariado, por exemplo, foi percebida uma preferência pela assistência supletiva odontológica, em relação à assistência oferecida pelo SUS, em todas as dimensões pesquisadas, o que pode ser explicado pela deficiência na assistência odontológica pública em Salvador, tanto no acesso, quanto na continuidade e integralidade do atendimento dentário.

Apesar de atribuírem uma baixa qualidade ao SUS, os entrevistados não responsabilizam os dentistas da rede pública. A elevada demanda, que reflete um número insuficiente de unidades de saúde capazes de oferecer um atendimento odontológico e a falta de estrutura desses mesmos postos de atendimento público são argumentos utilizados pelos informantes como justificativa para descrever condições de trabalho inadequadas.

Um outro aspecto relevante evidenciado neste estudo é que, pacientes atendidos dentro do sistema de reembolso direto migraram para o sistema supletivo motivados pela questão econômica e não por admitirem que teriam acesso a uma odontologia de melhor qualidade. Assim, deste estudo, pode-se supor que a assistência odontológica oferecida pelo sistema de desembolso direto tende a se esgotar, e que o sistema supletivo vem assumindo uma condição de prioridade para a realização do tratamento odontológico. Esta nova realidade parece ser encarada de maneira natural tanto pelo usuário, já habituado ao sistema dos planos médicos, quanto pelo profissional dentista, que está se adaptando a essa modalidade de assistência.

A despeito do alto grau de satisfação encontrado, é fácil perceber que o deslocamento dos usuários da rede pública para a rede privada se processa também pela deficiência das unidades odontológicas públicas municipais, seguindo a lógica de não funcionamento do SUS, que abre espaço para o crescimento do setor supletivo na saúde. Esse fato vem ocorrendo desde o governo Collor, quando foram barrados os projetos políticos para a operacionalização da implantação do SUS. O estudo, enfim, explicita uma possível consequência da histórica omissão do Estado brasileiro em relação à saúde bucal da população e das deficiências quantitativas e qualitativas dos serviços públicos municipais de atenção odontológica, dando lugar para o fortalecimento do processo de mercantilização da saúde e de responsabilização do indivíduo para o provimento das condições básicas de assistência para si e para a sua família, a despeito do que determina a Constituição. Por outro lado, verifica-se também a adesão das camadas médias aos planos de saúde odontológicos, tendo em vista a impossibilidade crescente de manter a opção pelo sistema de desembolso direto.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001. Tomo 1.
2. Farias LO. Estratégias individuais de proteção à saúde: um estudo da adesão ao sistema suplementar de saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2001;6(2):405-16
3. Lima CA. Pesquisa de satisfação dos dentistas sobre o atendimento a planos de saúde. Jornal do CROBA 2002;(45):6-7.
4. Bahia L. O espaço da regulamentação dos planos e seguros de saúde no Brasil: notas sobre a ação de instituições governamentais e da sociedade civil. Revista Saúde em Debate 2001;26(60):71-81.

5. Sola JJSP. Problemas e limites da utilização do conceito de classe social em investigações epidemiológicas: uma revisão crítica da literatura. *Cadernos de Saúde Pública* 1996;12(2):207-16.
6. Esperidião MA. Avaliação da satisfação do usuário: considerações teórico-conceituais e metodológicas; uma pesquisa de síntese [Dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2004.
7. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press 1980;1:1-31.
8. Merhy E. A humanização do hospital. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1992. p 245-88.
9. Trad L. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do PSF na Bahia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7(3):581-89.

Recebido em 05.09.2006 e aprovado em 05.03.2007.