

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos*

Introdução

Os serviços de saúde passam por um período de grandes transformações, que têm ocorrido em alta velocidade, provocando a desestabilização dos conceitos e valores estabelecidos por paradigmas incorporados de realidades já ultrapassadas.

Dentre estas alterações encontra-se o estudo e desenvolvimento de novas tecnologias, que vem ocorrendo crescentemente e tem sofisticado cada vez mais o tipo de serviço prestado buscando melhorar o atendimento clínico, sobre o ponto de vista técnico. Entretanto, isto representa um grande contra-senso quando analisada a questão social e econômica vigente no país (Ferreira, 1995; Sheihan, 1989; Portillo & Paes, 2000; Chang, 2002; Fang, 2002).

Quando observa-se o estudo de Magalhães (2003) sobre a história da odontologia, percebe-se que esta sempre foi elitista, estando presa entre as pessoas que não têm recursos para sustentar um tratamento de alto custo e as exigências de uma pouca clientela que acompanha os progressos da ciência.

Ainda nos dias atuais, tem-se o mesmo panorama, a assistência odontológica no Brasil é insatisfatória devido principalmente à dificuldade de acesso pela população que não dispõe de recursos financeiros suficientes.

De acordo com Pinto (2000) a odontologia brasileira constitui-se em uma prática predominantemente privada, curativa e socialmente excludente, onde cerca de 70% do tempo e do dinheiro gastos com saúde bucal são pertencentes ao setor privado e aproximadamente 67% da população total tem limitado ou nenhum acesso a este sistema de atenção odontológica.

Nutbeam (1996) afirma que a dificuldade de acesso aos serviços encontra-se relacionada, muitas vezes, a fatores condicionantes e determinantes de saúde que não encontram-se à disposição de grande parte da população. Para o autor, que concorda com a lei orgânica de saúde nº 8080 de 19 de

* Professora da disciplina de Orientação Profissional e Odontologia em Saúde Coletiva do curso de Odontologia do Centro Universitário de Araraquara – UNIARA.

setembro de 1999 (Brasil, 1990), a renda, a moradia e a alimentação são recursos básicos para a saúde.

Associado a estes, é necessário ainda o acesso à informação e ao desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais, cognitivas e materiais que permitam às pessoas controlarem e dirigirem suas vidas, desenvolverem a capacidade de conviver com seu meio, de modificá-lo e até de transformá-lo para elevar a qualidade de vida coletiva (Nutbeam, 1996).

Este tipo de postura, porém, não surge de maneira rápida e aleatória mas de forma lenta e gradual, estando na dependência de inter-relações pessoais e profissional/paciente que possua um objetivo comum: a promoção de saúde.

Esta afirmação é sustentada por Portillo & Paes (2000) que salientaram que “a inseparável relação entre a pessoa e seu meio constitui a base de uma concepção socioecológica que é essencial para o conceito de promoção de saúde. Sob esta perspectiva, salienta-se a importância da interação entre todos os indivíduos e seu meio, assim como, na necessidade de se conseguir um certo equilíbrio dinâmico entre ambas as partes”.

No contexto histórico do Brasil verifica-se grande desigualdade social, e conseqüentemente, nota-se, através do arcabouço teórico e do instrumental de análise da epidemiologia social, as desigualdades em saúde bucal (Moysés, 2000).

Quando discute-se saúde, deseja-se que haja um mínimo de necessidades não atendidas e um máximo alcançado por toda população e nesta expectativa, surgiram as empresas de odontologia de grupo, que buscam minimizar os custos assistenciais com o intuito de possibilitar o acesso aos serviços odontológicos de uma maior parte da população, o que é denominado por alguns autores de socialização da odontologia (Ferreira, 1995; Suliano, 2000).

Cabe ressaltar que com esta iniciativa, deve-se expandir as ações da odontologia na perspectiva de contemplar a integridade, articulando as ações promocionais, preventivas e curativo-reabilitadoras sendo que todas devem receber o mesmo grau de importância (Assada, 2000) para que não ocorra uma deturpação do tratamento a ser realizado, devido a influência sofrida pelos valores pagos aos serviços prestados pelos profissionais, que geralmente são maiores para procedimentos complexos e curativos e menores para orientação e prevenção.

Assim, entende-se que um tratamento odontológico de qualidade só pode ser oferecido quando da avaliação da necessidade real do paciente e diante de uma postura ética entre as operadoras, prestadoras e usuários.

Abre-se espaço, neste trabalho portanto, para a reflexão sobre os pontos acima citados ressaltando a importância da satisfação do usuário e buscando um amadurecimento das posturas de trabalho assumidas na inter-relação entre operadoras, prestadoras e usuários com o intuito de atender as necessidades reais do paciente.

Odontologia: formação profissional

Quando busca-se entender qual é a melhor alternativa para o tratamento a ser oferecido para um determinado caso, supõe-se que o profissional possui a capacidade de pensar não apenas sobre o ponto de vista técnico-reabilitador e financeiro mas também nos benefícios oferecidos ao paciente e em sua satisfação final (Sheihan, 1989; Chang, 2002; Fang, 2002).

Entretanto, esta postura do cirurgião-dentista está interligada, muitas vezes, ao tipo de formação acadêmica que foi recebida. Lombardo (2002) salienta que o profissional deve pensar de maneira “globalizada”, ou seja, ter a capacidade de, frente a uma situação de tomada de decisão, encará-la como um todo, buscando na sua bagagem de conhecimentos adquiridos durante o curso de graduação, as possíveis alternativas para a solução do problema com o qual se defrontam.

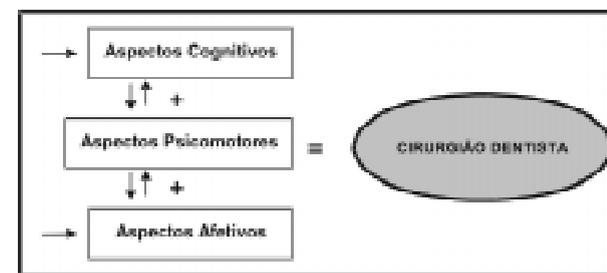
Para tanto, a proposta de “Diretrizes curriculares para os cursos de odontologia” propõe que os alunos devem ser formados a partir de uma visão generalista, com sólida formação técnico-científica, humanista e ética, orientada para promoção de saúde, com ênfase na prevenção de doenças bucais prevalentes e conscientes da necessidade da educação continuada (Brasil, 1998).

Entretanto, pode-se observar que, de maneira geral, os cursos de graduação trabalham apenas os aspectos cognitivos (teoria) e psicomotor (prática) que são extremamente importantes para capacitação do cirurgião-dentista, mas que deveriam estar aliados ao domínio do aspecto afetivo.

Neste sentido, pode-se aqui fazer uso de uma citação de William James já utilizada por Pankey & Davis (1997) que diz “Comparado com o que deveríamos ser, estamos apenas metade despertos – estamos fazendo uso de parte de nossos possíveis recursos mentais e físicos” pois o aspecto afetivo, apesar de fundamental para formação profissional, não têm sido focado, dificultando a capacidade de diagnóstico, plano de tratamento e promoção de saúde.

A afetividade é parte de nossos recursos e relaciona-se profundamente com os comportamentos que visam o bem estar do paciente e o relacionamento entre os diferentes níveis (professor/aluno; profissional/paciente; operadora/prestadora/usuário) devendo portanto, ser desenvolvido paralelamente ao processo de ensino-aprendizagem. Tais comportamentos são importantes ainda, de acordo com Lombardo (2002), na medida em que trazem benefícios ao relacionamento, resultando em um tratamento mais seguro e de melhor qualidade (Figura 1) que busque atender as necessidades reais do paciente.

Figura 1: Relação entre os aspectos fundamentais a serem desenvolvidos na formação do cirurgião-dentista.



Desta maneira, a consciência social, o humanismo, a ética, a prevenção e a cidadania são aspectos que devem estar presentes nas realidades sociais envolvidas na formação do profissional para que este crie uma consciência que não permita que os valores ético-morais e bioéticos sejam substituídos por outros valores (Lombardo, 2002).

Nota-se portanto, que o conhecimento da necessidade real do paciente ocorrerá apenas se o cirurgião-dentista estiver apto afetivamente, o que é resultado do desenvolvimento adequado de suas dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas.

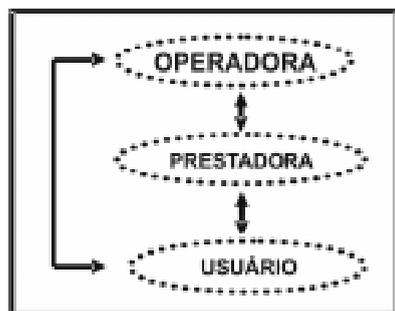
Segundo Foresti (2002) a Odontologia de qualidade, é aquela que possibilita a formação de profissionais competentes (nas três dimensões citadas anteriormente) e inseridos criticamente no atual contexto social. Sendo que, a condição para tanto é uma mudança de ordem epistemológica e de visão de sociedade, e o enfrentamento das pressões do sistema mediante respostas inovadoras.

Somente com a quebra dos paradigmas vigentes, de uma odontologia rentável puramente técnico-reabilitadora, é que se conseguirá entender as necessidades reais do paciente. E a partir deste conhecimento, o profissional será capaz também de atingir seu próprio objetivo, ou seja, garantir a solução do problema apresentado, promover saúde e garantir a satisfação do cliente que proporcionará lucro financeiro através da indicação de outros clientes e de seu próprio retorno ao consultório.

O perfil do profissional constitui, portanto, uma ferramenta de avaliação importante para sua inserção como prestador de serviços, pois estes estão diretamente inter-relacionados com as operadoras e os usuários (Figura 2). Assim, um profissional com apenas as habilidades cognitivas e psicomotoras desenvolvidas adequadamente não será capaz de entender a necessidade real do paciente e garantir a satisfação do mesmo.

Deste modo, estes conceitos de formação devem ser considerados para o estabelecimento e manutenção do equilíbrio, da fidelização e de uma relação ética entre operadoras, prestadoras e usuários, para o oferecimento de um atendimento odontológico de qualidade. A seguir, serão apresentados os conceitos de qualidade, ética e fidelização necessários para seu entendimento e aplicação na prática diária.

Figura 2: Inter-relação existente entre Operadoras, Prestadoras e Usuários.



Qualidade

Nos dias atuais, os planos de assistência odontológica têm sido responsáveis por uma parcela importante do sistema de prestação de atenção à saúde (Pinto, 2000), sendo, segundo Assada (2002) inegável a sua representatividade como co-responsável pelo acesso aos serviços.

As operadoras, responsáveis por este setor de serviço, devem contar com administradores competentes com domínio de conceitos gerenciais que visem modificar os paradigmas existentes na gestão da saúde, em busca do trinômio acesso/ qualidade/ custo (Assada, 2002).

Qualidade refere-se, segundo Libâneo (2001) a atributos ou características que visem um grau de excelência baseado em uma escala valorativa (por exemplo: ruim, medíocre, boa, excelente). Embora exista uma grande diversidade de opiniões sobre os critérios de qualidade, os profissionais precisam estabelecer um consenso mínimo sobre o padrão de qualidade que orientará seu trabalho.

A busca da qualidade em serviços de saúde tem origem em métodos científicos utilizados pelos profissionais para avaliar a eficiência de fármacos, técnicas de diagnóstico, índice de sucesso clínico e também nos modelos neoliberais de gestão de qualidade total (Total Quality Management).

A qualidade total (Morgan, 1996) tem como objetivo o treinamento de pessoas para serem competentes no que fazem, dentro de uma gestão eficaz de meios, com mecanismos de controle e avaliação dos resultados, visando

atender a imperativos econômicos e técnicos. Entre as medidas decorrentes dessa concepção organizacional destacam-se: a hipervalorização dos resultados, a classificação dos profissionais em função destes resultados (papel este executado muitas vezes pelas auditorias (Robles, 2001), a descentralização administrativa (dividindo a responsabilidade) e repasse de recursos conforme o desempenho alcançado verificado pela avaliação dos resultados.

A este conceito de qualidade total opõe-se o de qualidade social que significa a inter-relação entre qualidade formal e política, e é aquela baseada no conhecimento e na ampliação de capacidades cognitivas, operativas (psicomotoras) e sociais, com alto grau de inclusão.

A qualidade formal, para Demo (1998), refere-se ao nível ótimo a que podem chegar os meios, instrumentos e procedimentos, principalmente o conhecimento enquanto qualidade política diz respeito aos fins e valores sociais do conhecimento, isto é, ao objetivo ético de intervir na realidade visando o bem comum.

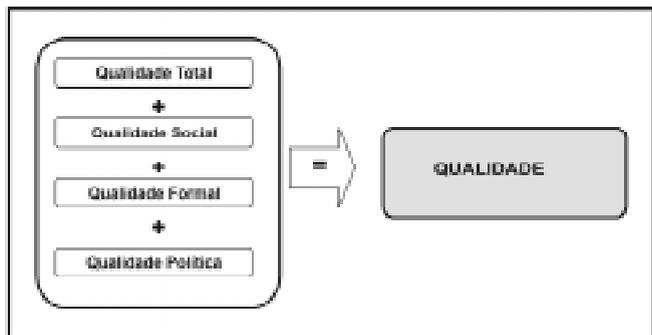
Demo (1998) afirma que qualidade é genuinamente um atributo humano e portanto “qualidade essencial seria aquela que expressa a competência histórica de fazer-se sujeito, deixando a condição de objeto ou de massa de manobra”. O melhor caminho para desenvolver esta habilidade é tendo aptidão para entender as expectativas do outro como indivíduo e utilizar-se da educação como instrumento de motivação e orientação.

Este tipo de postura deve ser incorporada não apenas pelo cirurgião-dentista frente a seu paciente mas também pela operadora frente ao cirurgião-dentista e frente ao usuário.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como qualidade em prestação de serviços à saúde: alto nível de excelência profissional; uso eficiente dos recursos; mínimo risco ao paciente; alto grau de satisfação do paciente; impacto final na saúde do paciente. Como pode-se observar a OMS utilizou-se cuidadosamente dos conceitos de qualidade total aliados ao de qualidade social, formal e política para a elaboração da qualidade em prestação de serviços à saúde aumentando assim a credibilidade de suas recomendações (Figura 3).

Assim, percebe-se que nos dias atuais, com a globalização, os avanços tecnológicos, a grande oferta de produtos e serviços e a competitividade acirrada, os clientes (“pacientes”) assumiram uma nova postura, a de comandantes, onde o poder econômico de quem vende se deslocou para quem compra (Assada, 2002).

Figura 3: Caracterização do conceito de qualidade.



Esta conduta foi amplamente discutida por Bauer (1999) quando discorre sobre o tema “gestão da mudança” onde quem determina as ações é o cliente. Desta forma, operadoras e prestadoras devem se posicionar junto a seu usuário para detectar suas expectativas e anseios para então formular um conceito sobre qualidade para que este possa ser aplicado de maneira eficaz, segura e duradoura proporcionando credibilidade, satisfação e confiança do usuário.

Ética

Para o estabelecimento de um comportamento ético, cada indivíduo deve conhecer a conceituação e a aplicabilidade do termo ética.

Ética é uma palavra de origem grega (éthos) que pode ser traduzida de duas maneiras: quando utilizada com “e” curto é traduzida por costume e com “e” longo significa propriedade do caráter. Sendo que a primeira forma serviu de base para a tradução latina Moral enquanto a segunda orienta a utilização atual da palavra Ética (Goldim, 2003a).

Apesar de alguns autores atribuírem igual definição para ética e moral, sabe-se que ambas tem significados e usos diferentes entre si e estes devem ser adequadamente definidos para a elaboração de um conceito adequado.

Ética, Moral e Direito são três áreas do conhecimento que se distinguem mas que apresentam grandes vínculos podendo até se sobreporem (Glock & Goldim, 2003).

De acordo com Glock & Goldim (2003) tanto a moral como o direito baseiam-se em regras que visam estabelecer uma certa previsibilidade para as ações humanas.

Sendo que, a moral é o conjunto de normas formulados para o agir específico ou concreto estando contida nos códigos que tendem a regulamentar o agir das pessoas (Goldim, 2003a) e para exemplificar pode-se utilizar a definição feita por Augusto Comte e citado por Roux (1920) que diz: “a Moral consiste

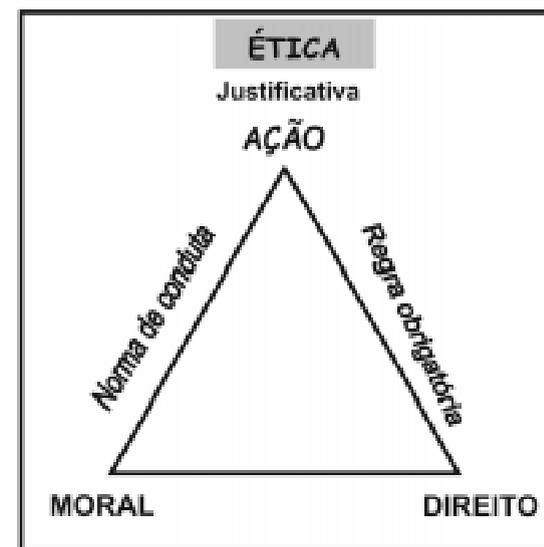
em fazer prevalecer os instintos simpáticos sobre os impulsos egoístas” (entende-se por instintos simpáticos aqueles que aproximam um indivíduo do outro) o que é necessário para a convivência social.

O Direito por sua vez, busca estabelecer o regramento de uma sociedade delimitada pelas fronteiras do Estado, sendo que as leis têm uma base territorial e portanto valem apenas para aquela região geográfica onde uma determinada população vive (Glock & Goldim, 2003).

Já a palavra Ética foi definida de diferentes maneiras ao longo do tempo mas representa, de um modo geral, a reflexão da ação humana, ou seja, o estudo das propriedades de caráter que definem o que é bom ou mau, correto ou incorreto e um de seus objetivos é buscar justificativas para as regras propostas pela Moral e pelo Direito (Glock & Goldim, 2003).

Esta relação pode ser observada na Figura 4, adaptada de Goldim (2003a).

Figura 4: Relação entre ética, moral e direito.



A reflexão sobre Ética profissional deve ser feita desde as etapas mais precoces de inserção no mercado de trabalho, ou seja, no momento de escolha da profissão. A partir desta opção o indivíduo passa a estar sujeito aos conjunto de deveres impostos para a realização adequada de seu trabalho. Desta maneira, mais uma vez pode-se ressaltar a importância da formação profissional na incorporação de uma postura ética de trabalho, seja na execução dos serviços ou nas relações inter-pessoais cotidianas.

Estas afirmações concordam com Glock & Goldim (2003) quando afirmam que toda fase de formação profissional, desde o aprendizado das competências e habilidades até a execução do trabalho deve incluir a reflexão, adesão e comprometimento às regras estabelecidas como adequadas para o exercício de sua profissão (na odontologia o código de ética foi aprovado pela resolução CFO-179, de 19 de dezembro de 1991).

Assim, a formação de um profissional com uma postura ética é desejável, não apenas para a busca de um atendimento odontológico que vise suprir a necessidade real do paciente mas também para o estabelecimento de relações que possam culminar em credibilidade, satisfação e confiança pois, as leis de cada profissão são elaboradas com o objetivo de proteger os profissionais, sua categoria como um todo e as pessoas que dependem daquele profissional, mas há muitos aspectos não previstos especificamente que fazem parte do comprometimento do profissional em ser eticamente correto.

O mesmo, espera-se da relação entre operadora, prestadoras e usuários que devem possuir um padrão ético claramente definido e condizente com suas atitudes.

Deve-se ressaltar, mais uma vez, que a exposição das normas éticas devem ser feitas de maneira clara para evitar problemas que possam vir a acontecer decorrentes do desconhecimento destas. Outro aspecto a ser salientado é a ocorrência de conflito de interesses que devem ser identificados antes da associação entre operadoras e prestadoras para que não ocorra quebra da relação ética e comprometendo os serviços prestados.

Segundo Thompson (1993), conflito de interesse é um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário. Para exemplificar, tem-se o fato de que muitas vezes o cirurgião-dentista opta pela realização de um determinado tipo de tratamento curativo que poderia ser feito por meio de prevenção apenas devido ao maior valor pago por este serviço (Assada, 2000).

Goldim (2003b) afirma que quanto melhor o vínculo entre os indivíduos que estão se relacionando, maior o conhecimento de suas expectativas e valores, reduzindo portanto a ocorrência de um conflito de interesse. Esta conduta pode ser realizada entre as operadoras/ prestadoras/ usuários por meio da exposição evidente dos objetivos, interesses e benefícios de cada parte buscando uma inter-relação entre os mesmos.

Goldim (2003a) ainda afirma que um comportamento eticamente adequado está sempre associado ao sucesso continuado, o que é interesse de todas as partes envolvidas.

Fidelização

De acordo com Assada (2002) entende-se por fidelização o envolvimento dos prestadores com os objetivos e os princípios assistenciais propostos pela operadora. Para tanto, é necessário que as sugestões sejam constantemente monitoradas e bem recebidas, através de canais de comunicação ágeis e promoção de um relacionamento constante através de visitas periódicas, jornais informativos, participação em eventos, programa de educação continuada, dentre outros, para o profissional e equipe.

As prestadoras devem ser estimuladas constantemente e para isto pode-se utilizar de incentivos como prêmios por desempenho e diminuição da burocracia dos processos operacionais.

Ainda segundo Assada (2002) a política de fidelização procura estabelecer relacionamento diferenciado com as prestadoras baseada no princípio do mútuo interesse, no resgate da relação profissional-paciente, na melhoria do desempenho, no investimento na promoção de saúde e prevenção de doenças, na administração participativa e compartilhamento de soluções.

Sabendo-se da inter-relação existente entre operadoras, prestadoras e usuários (Figura 2) entende-se que a grande estratégia para a fidelização é o atendimento comum dos objetivos e expectativas dos três níveis e para tanto a comunicação torna-se instrumento fundamental.

O desenvolvimento de discussões que visam apontar as dificuldades e problemas apresentados pelos três níveis devem ser constantemente realizadas; e trabalhos que busquem alternativas para apontar soluções, tornam-se essenciais na estruturação de todo processo e na solidificação da fidelização.

Para tanto, a educação e orientação são “mecanismos chaves” pois são capazes de fornecer esclarecimentos e conduzir todos os envolvidos na mesma direção. Se o objetivo final é comum entre todas as partes, para fornecer um tratamento odontológico de qualidade com foco na necessidade real do paciente, basta implementar caminhos e etapas que conduzam a ele através da busca dos anseios em comum.

Dentro da filosofia atual da odontologia a prevenção assume local de destaque com a educação e a motivação sendo ferramentas fundamentais e indispensáveis, mesmo quando da realização de tratamento curativo reabilitador, e portanto, esta deve ser valorizada desde a taxação de valores a serem pagos ao cirurgião-dentista até o empenho a ser despendido para a incorporação das informações pelos pacientes.

Para tanto, a educação em saúde deve ser capaz de criar condições para a construção de um conceito que leve em conta as condições de vida de cada indivíduo e que contribua, não só para despertar o sentimento de que é possível modificar hábitos, mas também para conscientizar de que a saúde é

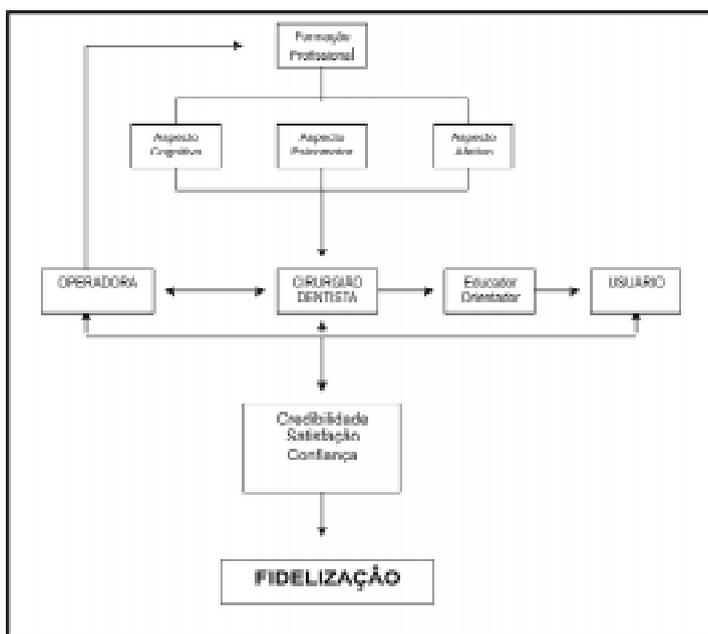
um direito de todos (Boruchovitch et al., 1991) e portanto o cirurgião-dentista passa a ser um promotor de saúde e não um solucionador de doenças aumentando a fidelização entre usuário/profissional e indiretamente entre usuário/operadora.

Assim, muitos trabalhos, preocupados em promover saúde vêm sendo realizados (Boruchovitch et al., 1991; Brook, et al., 1996; Chaves et al.; 2000) com o intuito de apontar a melhor maneira de educar com relação à saúde.

Apesar da saúde ainda ser um conceito abstrato, acredita-se que isto resulte da pouca ênfase despendida a este assunto pelos profissionais, que muitas vezes não foram orientados adequadamente para realização desta tarefa e em outras situações são influenciados pelos valores mais altos pagos pelas operadoras quando da realização de tratamento curativos, pois além de um pagamento baixo, para se educar um paciente demanda-se tempo e este deve ser valorizado.

Assim, entende-se que a investigação da necessidade real do paciente está intimamente relacionada com a capacidade do cirurgião-dentista em envolvê-lo e educá-lo, que por sua vez relaciona-se com o desenvolvimento adequado das habilidades do profissional e à partir do momento que esta relação passa a ser valorizada cria-se uma política positiva de fidelização que favorecerá a relação entre todas as partes envolvidas (Figura 5).

Figura 5: Fluxograma de algumas relações que levarão à fidelização.



Inter-relação: operadoras/ prestadoras/ usuários

Depois de elaboradas as conceituações, cria-se a oportunidade de perceber o grau de dependência entre formação profissional, qualidade, ética e fidelização ficando claro o envolvimento entre operadoras, prestadoras e usuários e a necessidade de um trabalho cujo objetivo final seja promoção de saúde.

Para tanto deve-se perceber que o conceito de saúde vêm se alterando ao longo do tempo deixando de ser entendida como ausência de doença para configurar um bem-estar, percebido de maneira individual e coletiva, envolvendo questões ambientais e sociais e que se reflete em qualidade de vida (Portillo & Paes, 2000).

Dentro deste contexto, de acordo com Goldim (1997) toda percepção, inclusive a da saúde, está baseada em valoração e portanto não se pode tomar decisões baseando-se apenas em fatos, como por exemplo: este paciente necessita de 6 restaurações classe II de amálgama pela observação clínica do caso.

A decisão deve estar solidificada na associação entre os fatos e os valores que é um processo através do qual pode-se estimar a necessidade real do paciente, ou seja, no exemplo citado acima: apesar do paciente necessitar das restaurações de amálgama percebe-se que ele não possui conhecimento sobre higiene bucal e portanto isto deve não apenas estar associado ao tratamento curativo, como receber uma grande atenção por parte do profissional pois a educação e a motivação serão ferramentas essenciais no atendimento das necessidades deste paciente e para tanto, muitas vezes, será preciso recorrer inclusive a tratamentos interdisciplinares.

Da mesma maneira, as operadoras devem valorizar este tipo de conduta do profissional, buscando incentivá-lo a exercer seu papel de promotor de saúde, melhorando os valores pagos por este tipo de tratamento. Sabe-se porém da dificuldade de monitorar e confirmar a eficácia destes procedimentos. Entretanto, este pode ser realizado através do acompanhamento do paciente ao longo do tempo para verificação de alteração de conduta; recrutando-o e questionando-o sobre a forma de abordagem realizada pelo profissional e o tipo de orientação dada, além de realizar encontros periódicos com os profissionais e/ou enviar materiais de atualização e questioná-los sobre os mesmos, dentre outros.

A alteração da conduta vigente parece difícil, mas deve-se lembrar que a cada R\$ 1,00 investido em prevenção economiza-se R\$ 34,00 que deveriam ser empregados quando do tratamento curativo (Suliano, 2000) e portanto, elevando-se os preços dos procedimentos preventivos um pouco mais, este se reverterá em lucro automaticamente pela economia do tratamento curativo e pelos retornos dos pacientes que passam a ser constantes para acompanhamento e educação pois estes serão devidamente orientados e motivados para alterar sua postura frente ao tratamento odontológico.

Esta realidade pode parecer distante mas se pensar que a menos de 40 anos atrás não se acreditava em prevenção da doença cárie e que a idade fatalmente era sinônimo de edentulismo pode-se perceber que a postura proposta por este estudo é apenas trabalhosa e requer um espaço de tempo para sua execução, mas não é fantasiosa nem utópica.

As operadoras em saúde bucal operam gerando benefícios e fazendo a intermediação entre a empresa, o cliente e o cirurgião-dentista, sendo um elo de ligação na cadeia mas que deve ter grande proximidade da realidade dos outros elos para que possa oferecer um tratamento de qualidade e manter uma relação de equilíbrio e fidelização.

Na gestão da operadora, segundo Robles (2001) é importante que se identifiquem os tipos de atendimentos e sua ligação com os agravos à saúde e às doenças, frequência e custos dos procedimentos relacionados a assistência, para que a cobertura para o cliente possa ser de qualidade e sem prejuízos para toda cadeia de valor.

Assim como já salientado anteriormente as operadoras devem expor sua estratégia a todos interessados e colaboradores de modo transparente, visando o entendimento, comprometimento e participação de todos, há que se observar o ambiente interno e externo com foco nas funções e recursos, distinguindo sempre os meios e os fins. A busca da excelência deve estar centrada em relação ao cliente e no foco que deve ser mantido mesmo diante das diversidades (Robles, 2001).

Desta forma, Assada (2002) concorda dizendo que “O planejamento estratégico, devido à velocidade das mudanças, deve ser extremamente ágil, flexível e baseado na visão sistêmica. Para transformar a organização, deve-se planejar de forma compatível com a complexidade do negócio, avaliando continuamente o planejamento na perspectiva do mercado e acompanhando de forma inteligente e sistemática a sua dinâmica, identificando as oportunidades. A seleção, treinamento e capacitação dos colaboradores fazem a diferença na satisfação do cliente, sendo ideal a participação com competência, interesse, capacidade de resposta, iniciativa, habilidade na resolução de problemas e boa vontade. De nada adianta um profissional brilhante se ele não entende a percepção dos clientes.”

Com relação à participação dos prestadores neste processo, deve-se levar em conta tudo o que foi dito anteriormente desde o item formação do profissional até qualidade e ética pois atualmente, ao usuário pouco importa a “bela técnica” utilizada mas o atendimento real de seus anseios e a valorização de sua percepção. Assim, hoje, exige-se um profissional com perfil diferenciado com qualificação integrada de conhecimentos técnicos, sociais, econômicos e culturais (Assada, 2002).

O usuário, deve envolver-se na gestão do sistema, conhecendo-o e reconhecendo seus benefícios e para tanto, estes devem ser devidamente orientados e motivados. A satisfação com os serviços deve gerar este envolvimento (Assada, 2002) visando defender seus interesses e garantir o equilíbrio do mesmo.

Assim, entende-se que cabe às operadoras, prestadoras e usuários incorporar os novos conceitos para elaboração de posturas positivas que possibilitem um tratamento odontológico de qualidade com foco na necessidade real do paciente, garantindo equilíbrio, fidelização e uma relação ética.

Conclusão

A inter-relação entre operadora, prestadora e usuário deve ocorrer de maneira eficiente para que todos tenham o mesmo interesse: uma odontologia de qualidade com foco na necessidade real do paciente, e para tanto deve-se criar condições para o estabelecimento de uma política positiva de fidelização que pode ser construída por meio de um serviço de qualidade realizado por um profissional formado dentro dos aspectos cognitivos, psicomotores e afetivos e na manutenção de uma relação baseada em princípios éticos.

Referências bibliográficas:

ASSADA, R.M. A inovação da odontologia. **SINOG**. Disponível em: www.sinog.com.br. 2000.

ASSADA, R.M. Auditoria de qualidade: o caminho da excelência para os planos de assistência odontológica. **SINOG**. Disponível em: www.sinog.com.br. 2002.

BAUER, R. **Gestão da mudança: caos e complexidade nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1999. p.253.

BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V. T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de primeiro grau. **Rev. Saúde Pública**, v.25, n.6, p. 418-425, dez. 1991.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, **Diário Oficial Brasília**, 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Ensino Superior. **Diretrizes curriculares dos cursos de odontologia. Proposta da comissão de especialistas de ensino de odontologia**. Brasília, 1998.

BROOK, U.; HEIM, M.; ALKALAI, Y. Attitude, knowledge and habits of high school pupils in Israel regarding oral health. **Patient Education and Counseling**, v.27, p.171-175, 1996.

CHANG, J. W. Clinical education in dentistry. **N. Y. State Dent. J.** v.68, n.8, p.24-33, Oct. 2002.

CHAVES S. C. et al. A efetividade de ações preventivas no controle da cárie dental entre escolares: comparação entre dois grupos. **Revista da ABOPREV**, v.3, n.2, p.57-64, dez, 2000.

FANG, A. L. Utilization of learning styles in dental curriculum development. **N. Y. State Dent. J.** v.68, n.8, p.34-38, Oct. 2002.

FERREIRA, R. A. O valor da saúde bucal nas empresas. **Rev. Assoc. Paul. Cirurg. Dent.** v.49, n.2, p.96-107, mar./abr. 1995.

FORESTI, M.C.P.P. Ação docente e desenvolvimento curricular: aproximações ao tema. **Rev. ABENO**, v.1, n.1, p.13-16, jan./dez. 2002.

FREEMAN, R. Social exclusion, barriers and accessing dental care: thoughts on planning responsive dental services. **Braz. J. Oral Sci.**, v.1, n.1, p. 34-39, Apr./June 2000.

GLOCK, R.S.; GOLDIM, J.R. Ética profissional é compromisso social. **Mundo jovem**. PUCRS: Porto Alegre, v.4, n.335, p.2-3, 2003.

GOLDIM, J.R. Bioética e interdisciplinariedade. **Educação, subjetividade & poder**, v.4, p.24-28, 1997.

GOLDIM, J.R. **Ética, moral e direito**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em: 06 de agosto de 2003a.

GOLDIM, J. R. **Conflito de interesses na área de saúde**. Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br>>. Acesso em: 06 de agosto de 2003b.

LIBÂNEO, J.C. **Organização e gestão da escola. Teoria e prática**. 4.ed. Goiânia: Alternativa, 2001. p.259.

LOMBARDO, I. Reflexões sobre o planejamento do ensino de odontologia. **Rev. ABENO**, v.1, n.1, p.17-24, jan./dez. 2002.

MAGALHÃES, T.R. **Aspectos históricos da odontologia no Brasil**. Disponível em: <http://www.aborj.org.br>. Acesso em: 16 de julho de 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC. Portaria nº 1789 de 17 de dezembro de 1999.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1996. p.380.

MOYSÉS, S.J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.7-17, jan./jun. 2000.

NUTBEAM, D. Glosario de promoción de la salud. In: Organización Panamericana de la Salud, **Promoción de la salud: una antología**. Washington, D.C., OPS, 1996, p.383-402.

PANKEY, L.D.; DAVIS, W.J. **Uma filosofia da prática odontológica**. São Paulo: Santos, 1997. p.326.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4ed. São Paulo: Santos: 2000, p.541.

PORTILLO, J.A.C.; PAES, A.M.C. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Rev. Bras. Odontol. Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p.75-88, jan./jun. 2000.

QUEIROZ, K.G.A. Evolução dos planos odontológicos privados no Brasil e no mundo. **SINOG**. Disponível em: www.sinog.com.br. 2001.

ROBLES, L.P. Operadoras em saúde bucal em busca da excelência na prestação de serviços. **SINOG**. Disponível em: www.sinog.com.br. 2001.

ROUX, A. **La pensée d'Auguste Comte**. Paris: Chiron, 1920. p.254.

SHEIHAM, A. Future patterns of dental care – manpower implications for industrialised countries. **Br. Dent. J.** v.166, n.7, p.240-242, Apr. 1989.

SULIANO, A.A. Assistência odontológica brasileira: conjuntura atual e perspectivas de democratização. **SINOG**. www.sinog.com.br. 2000.

THOMPSON, D.F. Understanding financial conflicts of interest. **N. Engl. J. Med.** v.329, p.573-576, 1993.

VICTÓRIA, D. Administração, produtividade e gestão de custos: uma necessidade do cirurgião-dentista. **SINOG**. Disponível em: www.sinog.com.br. 2002.

WALDMAN, H. B. Impact of a weakened economy on dental practice. **N. Y. State Dent. J.** v. 68, n. 6, p. 28-30, June/July 2002.

Resumo:

Sabendo-se das constantes transformações que têm ocorrido no mercado de trabalho odontológico, abre-se espaço neste estudo para, através de uma revisão de literatura, refletir e discutir sobre a necessidade da realização de um tratamento odontológico de qualidade que vise atender as necessidades reais do paciente ressaltando o papel das operadoras, prestadoras e usuários e os meios de se atingir este objetivo. Para tanto, discorre-se sobre a formação profissional, qualidade, ética, fidelização e a inter-relação operadoras/prestadoras/usuários.

Palavras-chave:

Mercado de trabalho, Odontologia, Ética, Qualidade.