

Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos

Consumer satisfaction study
in philanthropic hospital health plans

Silvia Gerschman¹
Luciana Veiga²
César Guimarães³
Maria Alicia Dominguez Ugá¹
Margareth Crisóstomo Portela¹
Miguel Murat Vasconcellos¹
Pedro Ribeiro Barbosa¹
Sheyla Maria Lemos Lima¹

Abstract *This paper presents the findings of research aimed at identifying and analyzing the argumentation and rationale that justify the satisfaction of consumers with their health plans. The qualitative method applied used the focus group technique, for which the following aspects were defined: the criteria for choosing the health plans which were considered, the composition of the group and its distribution, recruitment strategy, and infrastructure and dynamics of the meetings. The health plan beneficiaries were classified into groups according to their social class, the place where they lived, mainly, the relationship that they established with the health plan operators, which enabled us to develop a typology for the plan beneficiaries. Initially, we indicated how the health plan beneficiaries assess and use the Brazilian Unified Health System (SUS), and, then, considering the types of plans defined, we evaluated their degree of satisfaction with the different aspects of health care, and identified which aspects mostly contributed explain their satisfaction.*

Key words *Health plans, Philanthropic hospitals, Consumers' satisfaction with health plans*

Resumo *Este trabalho é resultado de uma pesquisa que tem por objetivo identificar e analisar os argumentos e raciocínios que justificam a satisfação dos beneficiários com os planos. A metodologia de pesquisa qualitativa utilizada no estudo se baseia na técnica de discussão em grupo (focus group) para cuja realização foram definidos: os critérios para a escolha dos planos analisados pelos grupos de discussão, a definição da distribuição e da composição dos grupos, a técnica de recrutamento, a infra-estrutura e a dinâmica dos encontros. Os beneficiários podem ser classificados em grupos de acordo com a classe social que pertencem, o local de moradia e, principalmente, a relação que estabelecem com a administração do plano, o que nos possibilitou elaborar uma tipologia de beneficiários dos planos. Inicialmente, apresentamos como os beneficiários vêem e utilizam o SUS e, a partir dos tipos de planos, foi possível avaliarmos a satisfação dos beneficiários com os diversos aspectos do serviço de saúde e identificar que aspectos mais contribuem para a satisfação dos usuários.*

Palavras-chave *Planos de saúde, Setor hospitalar filantrópico, Satisfação dos usuários com os planos*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ. Rua Leopoldo Bulhões 1480/708, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. gerschman@ensp.fiocruz.br

² Universidade Federal do Paraná.

³ IUPERJ.

Introdução

O presente trabalho faz parte de uma pesquisa maior cuja finalidade foi estudar os planos de saúde dos hospitais filantrópicos^{1,2}. Uma das metas da pesquisa era identificar a satisfação dos usuários com os planos de saúde destes hospitais. Ou seja, o foco da mesma foram os beneficiários dos planos.

Este artigo é uma síntese do estudo e seu objetivo é identificar e analisar os argumentos e raciocínios que justificam a satisfação ou não dos beneficiários com os planos administrados por operadoras de hospitais filantrópicos.

A primeira parte do artigo está dedicada à discussão metodológica do trabalho de campo. O destaque dado à mesma se justifica por considerarmos a utilização desta metodologia de pesquisa, que se vale da realização de grupos focais, pioneira para a análise de processos de implementação de políticas de saúde.

A segunda parte será dedicada à discussão conceitual-analítica, culminando com a elaboração de um modelo ou tipologia de beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. Esta tipologia ao mesmo tempo que permite classificar os beneficiários de acordo com a classe social a que pertencem, seu local de moradia e, principalmente, a relação que estabelecem com a administração do plano, viabiliza uma análise da natureza das relações entre beneficiários e administradores do plano e as suas conseqüências para o atendimento cotidiano.

A terceira parte aborda uma contribuição inusitada desta pesquisa para o debate sobre a satisfação dos usuários dos hospitais filantrópicos: a relação dos beneficiários dos planos de saúde com o SUS. Cabe ressaltar que o tema não fazia parte do roteiro aplicado nos grupos de discussão; no entanto, espontânea e recorrentemente, o sistema público de saúde era abordado pelos participantes. Inicialmente, apresenta-se como os beneficiários vêm e utilizam o SUS. Posteriormente, avalia-se a relação entre planos e SUS.

A quarta parte avalia a satisfação dos beneficiários com os diversos aspectos dos serviços de saúde ofertados pelos planos, finalizando com a relação entre estes e a Agência Nacional de Saúde.

Na última parte são apresentadas as conclusões do artigo.

A proposta do artigo é analisar as relações que se estabelecem entre usuários e seus respectivos planos de saúde suplementar ao interior do setor hospitalar filantrópico, de modo a trazer elementos que subsidiem as políticas regulatórias

estatais a serem operadas para este setor específico de planos de saúde.

Método

O trabalho de campo consistiu na realização de dez sessões de discussão em grupo. A aplicação desta técnica de pesquisa pode ser descrita como um debate coordenado por um profissional de moderação envolvendo de sete a dez pessoas sobre o tema em questão. O encontro deve seguir um roteiro previamente elaborado e tem uma duração média de duas horas^{3,4,5,6}.

Cada reunião teve por objetivo avaliar um plano de saúde específico e para isso foram convocados beneficiários do plano em debate. Foi definido que cada grupo devia ser formado por homens e mulheres numa faixa etária média de 50 anos, sendo dois ou três participantes insatisfeitos com o plano de saúde. Buscou-se ainda que mulheres mães de crianças pequenas participassem dos grupos. Em geral, o recrutamento dos participantes foi realizado na porta dos hospitais. Ou seja, os beneficiários foram abordados por recrutadores nas redondezas dos hospitais. Por uma questão de delicadeza, a direção do hospital era previamente comunicada sobre a pesquisa.

Os grupos foram realizados nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Além do estado, outras variáveis foram controladas: porte e localização da cidade, tipo de planos e de operadoras.

Em São Paulo, foram realizados três grupos na Região Metropolitana (RM) e três no interior do estado, com operadoras registradas e não registradas na ANS: (1) RM, grupo com beneficiários de plano antigo de operadora registrada; (2) RM, grupo com beneficiários de plano novo de operadora registrada; (3) RM, grupo com beneficiários de operadora não registrada; (4) interior, grupo com beneficiários de plano antigo de operadora registrada; (5) interior, grupo com beneficiários de plano novo de operadora registrada; e (6) interior, grupo de beneficiários de plano de operadora não registrada.

No Rio de Janeiro, um grupo foi realizado na Região Metropolitana e dois grupos foram realizados no interior do estado, com operadoras registradas e não registradas na ANS: (1) RM, grupo com beneficiários de plano atípico – Cartão Desconto – de operadora não registrada; (2) interior, grupo com beneficiários de plano antigo de operadora registrada; e (3) interior, grupo com

beneficiários de plano novo de operadora registrada. Em Minas Gerais, foi realizado um grupo, na Região Metropolitana, de operadora registrada na ANS.

Tabela 1
O perfil dos participantes de cada grupo.

Grupo	Classificação da operadora e do plano avaliados	Sexo	Idade média	Classe – Critério Brasil	Família	Já tiveram um pedido de procedimento negado pelo plano
(A)	RM, Operadora registrada, Plano antigo/individual e coletivo	Homens: 02 Mulheres: 07	63 anos	A: 2 B: 3 C: 4	Sem filhos: 01 Com filhos jovens e adultos: 07 Com filhos crianças: 01	03
(B)	Interior, Operadora registrada, Plano novo/individual e coletivo	Homens: 02 Mulheres: 09	49 anos	A: 3 B: 3 C: 5	Sem filhos: 0 Com filhos jovens e adultos: 04 Com filhos crianças: 07	02
(C)	Interior, Operadora registrada, Plano antigo/individual	Homens: 03 Mulheres: 06	58 anos	B: 01 C: 08	Sem filhos: 0 Com filhos jovens e adultos: 07 Com filhos crianças: 02	03
(D)	RM, Operadora não registrada Plano antigo/individual	Homens: 03 Mulheres: 05	57 anos	A: 02 B: 04 C: 02	Sem filhos: 04 Com filhos jovens e adultos: 03 Com filhos crianças: 01	04
(E)	Interior, Operadora registrada Plano novo/ individual e coletivo	Homens: 03 Mulheres: 04	33 anos	B+: 02 B -: 02 C: 03	Sem filhos: 02 Com filhos jovens e adultos: 01 Com filhos crianças: 04	02
(F)	Interior, Operadora registrada, Plano antigo/individual	Homens: 03 Mulheres: 05	46 anos	B -:02 C:05 D:01	Com filhos jovens e adultos: 06 Com filhos crianças: 02	02
(G)	Interior, Operadora não registrada Plano antigo/individual/ coletivo	Homens: 02 Mulheres: 05	44 anos	B: 06 C: 01 A: 1	Com filhos jovens e adultos: 05 Com filhos crianças: 02	02
(H)	RM, Operadora não registrada, Cartão de desconto	Homens: 03 Mulheres: 05	47 anos	B: 2 C: 2 D: 3	Com filhos jovens e adultos: 07 Com filhos crianças: 01	00
(I)	RM, Operadora Registrada Plano novo/ individual	Homens: 04 Mulheres: 03	38 anos	B: 01 C: 06	Com filhos jovens e adultos: 01 Com filhos crianças: 06	02
(J)	RM, Operadora registrada Plano novo/individual	Homens: 01 Mulheres: 07	41 anos	B: 04 C: 03 D: 01	Com filhos jovens e adultos: 03 Com filhos crianças: 02 Sem filhos: 03	00

Discussão conceitual

Após exaustiva revisão de bibliografia internacional e nacional sobre a utilização de metodologia de pesquisa baseada na técnica de “focus group”, para o estudo de satisfação e comportamento de usuários de planos de saúde no setor hospitalar filantrópico constatamos a inexistência de bibliografia sobre o tema específico em estudo.

Na revisão da bibliografia internacional, as bases de dados procuradas foram a *Medline Plus* e *National Library of Medicine*, nestas não registramos menção ao tema. Posteriormente, buscamos alguns dos periódicos mais consultados na área da Saúde Pública - *American Journal of Public Health*; *England Journal of Medicine*; *Health Affairs*; *The Policy Journal of Health Sphere*; *Health Services Research*; *Health Professions*; *Journal of Public Health*; *Medical Research and Review*; *The Milbank Quarterly* - e também observamos que apresentam produção bibliográfica sobre aplicação de “focus group”, mas não no tema que nos ocupa^{7,8,9,10}.

Assim, a impossibilidade de comparar os resultados desta pesquisa com outros produzidos no exterior nos fez pensar que nos encontramos com um tema específico à política de saúde no Brasil. Ainda que exista uma importante produção de trabalhos encomendados por empresas ou associações privadas sobre o tema, especialmente nos USA, entendemos não serem comparáveis com os dados da nossa pesquisa. A pesquisa qualitativa vem sendo hoje em dia a mais utilizada pelos governos na definição de políticas públicas. Mas, em geral, esses trabalhos acabam sendo engavetados sem que cheguem a público; dificilmente são divulgados e publicados. Daí a dificuldade de se encontrar referências bibliográficas de pesquisa qualitativa e políticas públicas. Cabe ainda salientar que os relatórios encomendados pelos governos em geral seguem o padrão de mercado, com poucas menções metodológicas e teóricas.

A constatação remete ao pioneirismo dessa particular modalidade de pesquisa direcionada ao conhecimento da satisfação dos usuários de planos do setor hospitalar filantrópico. Por definição constitucional, o setor filantrópico da saúde é complementar dos serviços públicos; conhecê-lo, sob a perspectiva dos seus beneficiários, permitirá auxiliar na definição das políticas públicas de saúde no país.

Nas referências nacionais, existem pesquisas realizadas com a metodologia de “focus group”, que abordam temas diversos, dentre eles: abuso de drogas, desigualdades entre gêneros, seguran-

ça no trabalho, violência doméstica, gravidez na adolescência e temas metodológicos relativos à abordagem de grupo focal. Sobre satisfação de usuários de serviços de saúde encontramos referências apenas a estudos do setor privado de saúde, especificamente realizados por empresas de seguros e/ou planos de saúde ou encomendados a consultores do setor. Os mesmos são direcionados em geral a atingir os objetivos empresariais de comunicação/marketing de clientes e/ou condições de mercado para o seu desenvolvimento.

O interesse da pesquisa que originou o artigo é de explorar através da satisfação ou não dos usuários de planos de saúde privados ao interior do setor hospitalar filantrópico qual a extensão destes planos, a qualidade e a estratificação que os mesmos promovem e a dupla utilização dos serviços públicos e filantrópicos, seja por iniciativa dos usuários, seja pelo encaminhamento aos serviços do SUS promovido pelos planos. A citação abaixo revela claramente porque não cabem comparações com as pesquisas que parecem ser semelhantes ao tema em debate¹¹:

Pesquisar a respeito da satisfação dos clientes é uma tarefa fundamental para a gestão das empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização...os quais têm descoberto que níveis mais elevados de satisfação levam à maior retenção e lealdade de clientes e que, com o aumento da lealdade, a satisfação de clientes pode ajudar a assegurar receitas ao longo do tempo, a reduzir custos de transações futuras, a diminuir a elasticidade de preços e a minimizar a probabilidade de os clientes trocarem de fornecedor caso haja uma queda no nível da qualidade.

Os dados resultantes da nossa pesquisa não podem ser comparados com os estudos acima mencionados, ao levar em consideração que as pesquisas empresariais são orientadas pelo interesse específico dos negócios do setor privado da saúde. Ainda que alguns aspectos relativos à gerência e administração dos planos possam interessar ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

O fato de estarmos desprovidos de bibliografia sobre o tema que nos possibilite discutir a produção nesta seara nos conduziu a refletir sobre quais seriam os instrumentos conceituais para dilucidar o discurso dos participantes dos grupos focais, de modo a elaborar uma construção interpretativa capaz de analisar o sentido do discurso.

Resolvemos, assim, construir categorias aplicadas – uma tipologia comportamental - a partir de conceitos da sociologia e da ciência política. Deste modo, procuramos compreender as relações entre os beneficiários e seus planos de saúde, as operadoras, o setor filantrópico e o SUS, especificamente, como relações sociais e políticas.

As relações sociais, desenvolvidas pelos participantes no decorrer dos grupos, foram aprendidas através de sistemas classificatórios que não mais são que a maneira pela qual nós representamos o mundo social, as diferenças e as semelhanças entre indivíduos e agrupamentos sociais¹²: ***Na medida em que os sistemas de classificação são engendrados pelas condições sociais, e que a estrutura objetiva de distribuição dos bens materiais e simbólicos se dá de forma desigual, toda escolha tende a reproduzir as relações de dominação.***

Assim, elaboramos uma tipologia que teve em consideração a classe social dos participantes dos grupos com seu particular sistema de representações, construindo categorias de análise que nos permitiram compreender o que leva os participantes dos grupos a gerar relações de distância ou proximidade com a direção do plano e porque estas são percebidas como decisivas na qualidade do atendimento à saúde dos planos de hospitais filantrópicos.

Ainda que não exista - entre os participantes do grupo - a convicção de uma efetiva aplicação do direito de cidadania, prescrito pela Constituição de 1988, existe o conhecimento de que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Ou seja, os princípios do Estado de Bem-Estar Brasileiro são conhecidos e aceitos, mas também percebidos como inexistentes na sua aplicação. Neste sentido, a ambivalência da cidadania coloca os integrantes dos grupos num pêndulo permanente em torno dos papéis e poderes a desenvolver enquanto beneficiários destes planos e o direito universal de usufruir do SUS, especialmente no caso daqueles que possuem um plano mais barato e, conseqüentemente, limitado em serviços e procedimentos.

Uma tipologia dos beneficiários dos planos privados do setor filantrópico

A tipologia, como mencionamos acima, foi criada a partir das variáveis classe social e local de moradia dos beneficiários e da relação dos mesmos com a administração do plano.

A dificuldade de acesso ao atendimento do serviço público de saúde leva uma parcela gran-

de dos cidadãos a procurar os planos de saúde, muitas vezes sem dispor de recursos financeiros para o pagamento da saúde privada. Estes indivíduos ficam preocupados com as deficiências do sistema de saúde público e temem ficar vulneráveis às mesmas. Por isso, buscam um plano de saúde para terem a certeza de que serão atendidos em uma situação de emergência.

Em relação aos beneficiários dos planos de saúde dos hospitais filantrópicos, foi possível perceber uma correspondência entre a classe social, a categorização do plano adquirido (***standard***, executivo, golden, entre outras classificações semelhantes) e o tipo de serviço prestado. Assim, um beneficiário da classe C/D (de acordo com o Critério Brasil) tende a buscar um plano que tem uma mensalidade menor, que em geral oferece certas restrições em relação a tratamentos médicos. Já um beneficiário de classe A/B tende a buscar um plano mais caro que oferece mais recursos.

Exceção para o segmento de beneficiários dos planos adquiridos antes de janeiro de 1999, ou seja, anteriores à lei No.9656/99, em que não há muita coerência na ordem classe social/categoria do plano adquirido/ tipo de serviço prestado. Mas esta exceção é facilmente explicável. Trata-se de um grupo de beneficiários que comprara um plano que, dizem, daria direito a qualquer procedimento. Ou seja, ao adquirirem o plano, compraram aquele que seria o mais completo da ocasião. No entanto, estes beneficiários reclamam que paulatinamente vêm perdendo o direito adquirido no momento da compra. Trata-se de beneficiários que na ocasião da aquisição do plano pertenciam à classe social A/B (e que em geral de lá para cá passaram por uma perda de poder aquisitivo) e narram terem comprado um plano completo com direito a todos os procedimentos e que agora se vêem cercados de restrições.

Mas, em geral, os beneficiários dos planos dos hospitais filantrópicos tendem a ter uma certa tolerância com os problemas que ocorrem no dia-a-dia. Acreditam que o plano de saúde que pagam é mais barato do que outras operadoras e, por isso, pode acontecer um problema ou outro.

Outra variável que está sendo considerada na elaboração desta tipologia é o local de moradia dos beneficiários. Os beneficiários que moram em cidades pequenas têm maior acesso à administração do plano do que aqueles que moram em cidades maiores.

O direito ao acesso ao serviço é garantido na assinatura do contrato do plano. Este é o principal objetivo ao se adquirir um plano de saúde. No entanto, o uso que os beneficiários fazem do

contrato é diverso e varia de acordo com a relação que as pessoas têm com a administração do plano e do hospital. O contrato pode ser visto como um documento, em que os direitos dos beneficiários estão registrados, ou como uma credencial para o acesso a privilégios que vão para além das garantias do plano.

Os beneficiários podem ser divididos em dois grandes grupos. Eles podem ser **próximos** ou **distantes** dos administradores do plano ou do hospital. No primeiro caso, têm acesso direto ao diretor do plano ou a funcionários que possuem poder de decisão e estão disponíveis para resolver um problema. A relação torna-se então pessoal.

É central analisar a natureza das relações entre o beneficiário e administração do plano, tentando perceber o que torna legítimo o ato de pedir. Desta forma, se torna imprescindível analisar as representações sociais que orientam a relação¹³.

A relação próxima entre beneficiários e administração pode estar fundada em noções de hierarquia. Neste caso, o beneficiário aparece como próximo da administração a partir de **relação apadrinhamento/tradicional**. Esta relação é marcadamente paternalista. O provedor escuta as demandas, as dificuldades de cada beneficiário e aponta caminhos que possam solucionar o seu problema. Muitas vezes, a solução não está nas cláusulas do contrato, mas no “jeitinho”, que só pode ser dado por aquele que tem o domínio das regras do jogo. Cabe salientar que esta relação é típica naqueles cidadãos que ainda não exercitam plenamente os direitos civis.

A relação de proximidade entre a administração do plano e os beneficiários pode ainda ser uma relação entre iguais. Neste caso, a proximidade recorta um círculo de pessoas privilegiadas, que dispensam maiores justificativas no encaminhamento de suas demandas. Esta relação será chamada de **relação de igualdade de status**.

O avesso cruel das relações de proximidade está na **relação de distância e desamparo** entre beneficiários e a administração do plano. Nesta relação, os beneficiários não conhecem e não têm acesso a qualquer membro da administração do plano e também não reconhecem no contrato e nas leis amparo para a defesa de seus interesses e problemas. Sem a lei e sem o relacionamento junto ao plano, este beneficiário se vê desamparado.

Já os beneficiários dos planos que possuem e incorporam em seus discursos a noção de contrato travam com os planos uma **relação baseada no direito e na lei**. Para estes indivíduos, independentemente de quem administra o plano, existe um contrato que assegura os seus direitos

e deveres de beneficiários. Em uma situação de conflito, não se esquivam de recorrer ao contrato, aos órgãos de defesa do consumidor e à justiça. Percebe-se entre os participantes um grande desconhecimento da ANS.

Existe ainda um grupo de usuários que estão distantes do plano, não demonstrando qualquer tipo de envolvimento.

A Tabela 2 resume os diversos tipos descritos até o momento.

Os beneficiários da classe A/B pesquisados tendem a ter um comportamento mais baseado no direito e nas leis do que os beneficiários de classe C/D. Os beneficiários distantes que baseiam a sua relação no direito e nas leis tendem a citar o contrato, falar em direitos e usarem canais oficiais para reclamação.

A grande maioria dos beneficiários de classe C/D não aposta nas leis para a solução dos seus problemas do dia-a-dia porque, na avaliação dos mesmos, não existem leis que os protejam de fato. A justiça é morosa e falha. Por isso, apostam, quando podem, nas relações pessoais.

Os beneficiários com relação de desamparo podem ser divididos em vocalizados e não vocalizados. No primeiro caso, tendem a reclamar junto aos atendentes, que não são as pessoas mais indicadas para a solução das pendências. Em geral, não têm os seus problemas resolvidos, já que não são escutados. Os distantes, com relação de abandono, não vocalizados sequer reclamam.

A relação de desamparo não é uma relação deliberada. Ela representa a falta de acesso. Sem reconhecerem a importância das leis e sem incorporá-las em sua defesa, muitos beneficiários se sentem frágeis e buscam a todo custo o amparo da administração do plano. Para isso, eles procuram criar uma rede interpessoal a partir do total desconhecimento. A estratégia é chegar até o provedor e emocioná-lo a fim de constrangê-lo a dar uma solução ao problema. No entanto, tal estratégia tende a ser abortada pela secretária administrativa do plano.

Na ausência de relações, passam a falar sozinhos, como em um angustiante monólogo. Sentem a falta de um interlocutor que possa entendê-los e ajudá-los. Diferente do que desejam, encontram apenas o rigor das leis, das cláusulas do contrato.

Os beneficiários que são próximos da administração recebem melhor atendimento do que os demais. Esta constatação reforça a máxima de que no Brasil a pior maneira para se chegar a uma repartição é como anônimo. A diferença de atendimento entre o beneficiário próximo e o bene-

Tabela 2

Classificação de beneficiários dos planos de saúde de hospitais filantrópicos.

Grupo	Próximos	Distantes
Classe C/D – Interior	Relação compadre/tradicional Número de beneficiários: 05	Distantes puros Número de beneficiários: 05 Desamparo – vocalizado ou não Número de beneficiários: 08 Relação baseada no direito e na lei Número de beneficiários: 03
Classe C/D-Região Metropolitana	Relação compadre/tradicional Número de beneficiários: 02	Distantes puros Número de beneficiários: 10 Desamparo - vocalizado ou não Número de beneficiários: 06 Relação baseada no direito e na lei Número de beneficiários: 03
Classe A/B – Interior	Relação de igualdade de <i>status</i> Número de beneficiários: 03 Relação compadre/tradicional Número de beneficiários: 01	Distantes puros Número de beneficiários: 08 Desamparo - vocalizado ou não Número de beneficiários: 01 Relação baseada no direito e na lei (racional legal) Número de beneficiários: 06
Classe A/B- Região Metropolitana	Relação de igualdade de <i>status</i> Número de beneficiários: 02 Relação compadre/tradicional Número de beneficiários: 04	Distantes puros Número de beneficiários: 06 Desamparo - vocalizado ou não Número de beneficiários: 01 Relação baseada no direito e na lei (racional legal) Número de beneficiários: 07

ficiário distante fica evidente nos primeiros contatos com o plano, o hospital ou a rede prestadora, seja para ser atendido na emergência ou na marcação de uma consulta.

Já os beneficiários que não têm conhecimento sentem as dificuldades na hora do atendimento. Tratados com pouca atenção e até mesmo com descaso, estes se vêem às vezes em situação semelhante àquela que procuram fugir, o desamparo.

Os beneficiários distantes e desamparados tendem a aceitar a situação, restringindo-se a desabafar entre familiares e amigos. Seu problema não é resolvido. Uma mãe diante do depoimento da médica que não sabia consultar a criança segue para o SUS, outra senhora vai ao ortopedista e não é medicada e uma paciente de 92 anos aguarda com dor o tempo necessário para o ortopedista poder atendê-la. Ou seja, aos desconhecidos o rigor das cláusulas, ou mesmo menos que o direito que possuem.

Já os conhecidos recebem uma atenção que vai além do que o contrato garante. Nas cidades menores, as pessoas são mais próximas. Em decorrência disso, é possível perceber a maior incidência da relação de proximidade entre beneficiários e administração do plano. Trata-se na maioria das vezes de uma relação direta entre o necessitado e o provedor, que aqui está sendo chamada de relação compadre/tradicional. O beneficiário através do plano começa então a usufruir a segurança de se tornar protegido de um poderoso.

Conhecedores da realidade que os cercam, os indivíduos de classe C/D aprenderam ao longo da vida que quem não tem dinheiro, tem que ter amigos. Por isso, por precaução, muitos beneficiários da classe C/D tendem a não reclamar. Ficar marcado, causar indisposição junto à administração do plano é como dar um tiro no pé. Isso porque os beneficiários percebem as restrições dos planos e sabem que amanhã ou depois podem pre-

cisar da boa vontade e compreensão da administração para conseguirem um exame ou uma cirurgia que o plano não cobre. E a resposta já é conhecida: aos amigos tudo, aos demais a regra.

O Sistema Único de Saúde (SUS): referências e uso

O SUS está presente nos depoimentos de participantes em todos os grupos. A presença é constatada em dois amplos conjuntos de falas. O primeiro abriga referências descritivas ou valorativas do SUS no contexto mesmo em que o plano de saúde é adquirido, utilizado ou avaliado. Dos 82 participantes, 51 vocalizam as mais diversas representações positivas ou negativas do SUS.

O segundo conjunto revela que 31 participantes, usuários de planos de saúde, narram sê-lo também do SUS e é importante surpreender o contexto destas narrativas.

A relevância do SUS é tanto maior quanto a questão não foi induzida pelo roteiro de entrevistas – nem cabia que o fosse. Surge na espontaneidade de vocalização que o grupo focal propicia, só havendo estímulo por parte da moderadora a partir de referência à questão pelo participante.

É neste sentido que cabe introduzir as Tabelas 3 e 4, desde logo ressaltando as limitações amostrais dos números. Eles servem, contudo, para revelar as dimensões do problema.

Tabela 3
Referências e uso do SUS
segundo situação jurídica do plano.

	Cita	Usa	Total
Não registrado	17	9	24
Antigo, registrado	13	7	25
Novo, registrado	21	15	33
Total	51	31	82

Tabela 4
Referências e uso do SUS
segundo situação localização geográfica.

	Cita	Usa	Total
Região Metropolitana	29	20	40
Interior 1	14	8	25
Interior 2	8	3	17
Total	51	31	82

A desagregação relativiza o percentual e permite chegar aos grupos como unidades discretas de experiência. Em oito deles, o SUS é o “outro” do plano, tem o nome de um direito ou de uma ausência ou de um último recurso. Por vezes, como se verá, é um medo. Apenas em dois casos, de ordenamento jurídico diverso – ambos são registrados, mas um é antigo (3/8) e outro, novo (2/11) –, as referências não são majoritárias.

Os números relativos ao uso do SUS não são menos reveladores, já que 31 participantes valeiram-se de seus serviços. A notar que as cifras são maiores nas regiões metropolitanas e no âmbito dos planos novos e registrados. Dois deles (6/7 e 5/7) e um plano não registrado (6/8) respondem por uma certa concentração no uso do SUS (17 casos) que se reduz a apenas um caso em dois planos não registrados, ambos do interior, e em plano novo e registrado (1/11), também ele no interior.

Finalmente, a distribuição do uso do SUS pela estratificação social: dos 82 participantes, 38 pertencem à classe AB e 44 à CD. Dos primeiros, 10 declararam ter utilizado o SUS. Na classe CD, a proporção dos usuários do SUS é bem maior: 21 participantes, número próximo à metade do total da classe.

Das referências ao SUS, podem-se distinguir, com graus diversos de incidência, declarações de ordem geral quanto ao seu significado, expectativas/avaliações quanto ao seu funcionamento e percepções das relações entre o SUS e plano de saúde, dimensão que vincula referências ao SUS a descrições de sua efetiva utilização.

A posição de classe é diversa e bem assim a categoria de plano, mas a percepção de direito que não se efetiva é a mesma. A realidade – ou o que assim parece – é bem outra.

As expectativas quanto ao SUS podem chegar ao limite do caricato, mas como já observado, o SUS está quase sempre presente nas cogitações dos entrevistados e, em 31 dos casos, em suas experiências concretas. Mesclam-se as expectativas com a utilização do SUS e apreciação de serviços ali efetivamente prestados.

Há que se distinguir formas de utilização do SUS: de um lado, usos esperados e legítimos, decorrentes de cláusulas contratuais de carência ou não cobertura – o SUS é o último recurso; de outro, as situações em que os serviços se confundem, a ponto de o usuário não ter clareza sobre quem lhe deu cobertura, ou, ainda, em que o plano serve como instrumento de preferência no acesso. Note-se, finalmente, que estes são usos declarados do SUS, que podem ser iguais ou menores que os efetivamente acontecidos.

Planos antigos, operadoras registradas

Busca-se presteza, hotelaria melhor e atenção cuidadosa. O plano propicia assim, uma hotelaria cômoda, a devida presteza e contornar as deficiências do SUS, que acaba pagando a conta do evento médico. O plano dá um jeito.

Alternativamente, recorre-se ao SUS para suprir deficiências urgentes do plano e, finalmente, registram-se situações em que o participante sente-se lesado no que lhe parece direito seu, de entre meio a mais uma situação de facilitação de acesso ao SUS. O prazo de carência do plano de R. (C/D, RM) não lhe permitia fazer uma cirurgia pelo plano:

“O meu médico, que é meu amigo...arrumou para eu fazer...pelo SUS”

Planos novos, operadoras registradas

Houve uma única referência a uso do SUS neste grupo do interior. Ela inclui, por sinal, uma alusão positiva ao SUS: “me atendeu super-bem”. Neste caso, vários participantes registraram não ter recorrido ao SUS por recusa do plano. São os outros três planos deste subconjunto que concentram opiniões sobre o SUS e o uso dele.

Em um segundo grupo, também do interior, nem sempre é fácil distinguir qual é a parte do plano e a do SUS. A existência de duas alas do mesmo hospital – uma, de particulares e do plano; outra, do SUS – é abertamente discutida e certamente responde pela dificuldade.

M. reporta que o “cara que ficou do meu lado” e que não tinha plano recebia visita médica pela manhã e pela noite. O dele não aparecia à noite... A atenção, claramente definida como do SUS, e dada ao “cara do lado”, resultou melhor...

A baixa transparência (dir-se-ia a promiscuidade) quanto a quem efetivamente presta os serviços aparece quando R. (C/D, I1) não se tem clareza quanto a serviço de emergência infantil: “ficou tudo muito misturado”. A indistinção também ocorre em plano de região metropolitana e pode chegar a extremos paradoxais como no caso de J. (C/D, RM) que acredita que o plano atende pelo SUS. A indistinção é observada mesmo no caso de simples consultas.

A diferença, contudo, é requerida mesmo quando se prova clinicamente pouco importante... “se você está pagando, você tem o direito ao privilégio”. Neste caso, o “privilégio” consistia em acomodações acordadas com o plano. Quando, porém, SUS e plano se confundem, busca-se de fato um privilégio, “um atendimento diferencia-

do no açougueiro”, que é como M. (C/D, R1) caracteriza as dependências do SUS, com o apoio de outros entrevistados.

No relato de R. (C/D, RI) mais uma vez aparece a distância entre atitudes negativas quanto ao SUS (do tipo: “lá você morre”) e avaliações positivas do atendimento efetivo.

Em grupo em que os participantes são socialmente homogêneos – C/D, na realidade C, apenas um D – a moderadora observou que não percebia indignação quanto a dividir o espaço de emergência com pacientes do SUS, colhendo respostas diversas daquelas que acentuam diferença e “privilégio”.

O SUS pode ser entendido em geral como a agência estatal que concretiza um direito social constitucionalmente garantido. Não aqui, pois, por uma questão de humanidade, é justo admitir o atendimento pelo SUS aos que outro direito não tem: “eles também têm direitos...”

Em outro grupo, já não se observa pouca clareza entre usos do plano e do SUS. Pelo contrário, as referências a este último são marcadas pela percepção dos direitos associados a cada tipo de plano e de cobertura e daquilo que, não coberto, demanda recursos ao SUS. Isto ocorre mesmo quando o entrevistado mantém uma atitude crítica: “...eles não pagam a cirurgia, eles jogam para o SUS... o plano não cobre cirurgia”. É interessante notar que neste grupo os que reportaram ter utilizado o SUS avaliam positivamente o tratamento recebido.

Os depoimentos de três dos quatro grupos mostraram enorme variação na interação entre plano e SUS: da quase promiscuidade entre os serviços à mais completa transparência quanto à cobertura do plano e à utilização do SUS. Aqui, também, se as avaliações genéricas do SUS são negativas, a apreciação dos serviços efetivamente prestados é altamente positiva.

São todos planos novos, de operadoras registradas.

Operadoras não registradas

Os três planos são notavelmente diversos, requerendo exposição um a um.

No primeiro deles, em Região Metropolitana, os dois registros mais importantes são de encaminhamento ao SUS por restrição do plano a cateterismo. Os usuários foram encaminhados a um hospital conveniado com o SUS. A outra usuária foi recomendada imediata adoção de plano mais abrangente para que seu filho fosse submetido a exame de ressonância magnética.

O contexto de atendimento do segundo dos planos no interior é explicitado por um dos participantes, que abre uma discussão longa e reveladora da falta de transparência das relações do plano com o SUS.

Neste grupo socialmente homogêneo – com exceção de um dos participantes que pertence à classe C, todos pertencem à classe B, há uma referência à efetiva utilização do SUS, avaliada negativamente. Mas paira a dúvida sobre se o SUS é utilizado sem que se o saiba.

O terceiro grupo, Região Metropolitana, é de usuários de um cartão-desconto. A utilização do SUS não poderia ser mais clara:

O cartão pode ser adquirido a qualquer momento, propiciando descontos variáveis em consultas, exames e internações. Na narrativa de diversos participantes, o cartão é utilizado de acordo com os respectivos ciclos de disponibilidade financeira: na alta, o cartão propicia descontos e ala diferente da do SUS (ML, A/B, RM). No SUS, aliás, há forte recurso ao trabalho de acadêmicos de Medicina, o que não ocorre com os portadores de cartão (ML; A/B; S, C/D, todos RM). Já na baixa, “quando tem um problema todo mundo vai para o (maior emergência do SUS na cidade).” (JC, A/B, RM).

A satisfação dos beneficiários com os planos de saúde e os hospitais. O conhecimento sobre a ANS

A análise da satisfação do beneficiário com os diversos aspectos do serviço foi realizada a partir da avaliação do plano de saúde e do hospital correspondente para o atendimento aos seus beneficiários, acompanhando a classificação dos planos por tipo de operadora e região. Os aspectos abordados para cada um dos planos analisados e que nos permitiram auferir a satisfação dos usuários foram:

Avaliação do plano de saúde

- Exclusão na cobertura de doenças diversas
- Exclusão na possibilidade de cirurgias (inclusive transplantes e próteses)
- Reajuste por idade e anual, motivos para permanência e rescisão
- Inclusão de novos dependentes
- O atendimento em casos de emergência
- Tempo de carência
- Tempo de espera para ser internado
- Marcação de consultas e exames

- Abrangência geográfica do plano
- Tratamento odontológico
- Reembolso de pagamentos efetuados
- Segurança com a administração do plano

Avaliação do hospital

- Exames
- Horário determinado para visitas
- Enfermeiros
- Centro cirúrgico
- Remédios
- Mudança de plano

O nível de conhecimento e avaliação da ANS também foi tema deste estudo.

Foi possível perceber que o padrão de prestação de serviço está associado ao preço do plano e à qualidade do hospital que está vinculado. Planos de categorias mais altas de hospitais bem estruturados oferecem boa prestação de serviço, independente de serem novos ou antigos. Da mesma forma, planos de categorias mais baixas de hospitais pouco estruturados oferecem um serviço ruim.

A primeira grande conclusão que chegamos a este respeito é que a satisfação do usuário não é determinada pelo tipo de plano ou de operadora que o assiste. Para ilustrar, pode-se citar o beneficiário de plano novo de categoria baixa que foi internado e operado pelo SUS. Ele sabia de seus direitos, eram claros para todos, mas eles não se efetivaram. Ao contrário, uma beneficiária de plano antigo conseguiu através da administração do plano “furar a fila” para realizar o cateterismo pelo SUS, já que o seu plano não cobria tal procedimento. Qual dos dois beneficiários deve estar mais satisfeito com o seu plano?

Ou seja, regras bem definidas de um plano novo não garantem para o beneficiário uma melhor prestação do serviço, inclusive porque os contratos dos planos de categorias mais baixas trazem um número grande de restrições de atendimento. Muitas vezes, a falta de clareza permite que certos “favores” sejam prestados pela administração do plano.

Uma vez que a categoria do plano e o tipo de hospital foram percebidos como variáveis importantes para a satisfação dos beneficiários, serão tratados a seguir.

A estratificação acontece basicamente pela categoria de plano contratada pelo usuário, ou seja, dentro de um mesmo tipo de plano (por exemplo, o plano antigo/individual e/ou coletivo), o fato de ser econômico, *standard*, especial,

executivo. Estas denominações variam muito de plano para plano, demarcando uma diferenciação que pode se expressar até como discriminação no trato aos beneficiários.

A relação entre a estratificação do plano, localização geográfica e operadora registrada ou não registrada pode ser observada na Tabela 5.

Os participantes dos grupos de planos de operadoras registradas/antigos e não registradas localizados na Região Metropolitana apontam importante diferenciação entre as categorias *standard* e as categorias executivo/especial no que se refere à discriminação no atendimento, marcação e número de consultas e aos serviços em geral que podem ser utilizados pelos usuários.

A respeito do atendimento médico, há menções freqüentes nos planos mais econômicos à sua baixa qualidade, seja pelo número escasso de médicos em algumas especialidades, seja pela falta de algumas especialidades, seja pela ausência de reciclagem. As especialidades problemáticas mais mencionadas foram ortopedia, oftalmologia, pediatria e as emergências dos hospitais. Os planos de categorias mais baixas oferecem maiores restrições quanto ao número de consultas e aos serviços em geral. Quando o número de consultas é limitado, os usuários precisam pagar parte do valor da consulta. A cobertura neste caso não é integral.

A diferenciação foi considerada “média” nos planos novos das operadoras registradas porque um dos grupos apresentou alta diferenciação entre os planos e o segundo grupo apresentou uma diferenciação baixa. No grupo de usuários com baixa diferenciação entre categorias do plano, não houve menção dos usuários a diferentes categorias dos planos, o que permite inferir que todos possuem a mesma categoria do plano. Isto pode obedecer ao fato que se tratou de um grupo muito homogêneo na sua composição social, a maioria dos usuários, seis, são de classe média baixa e

apenas um é de classe média. As únicas menções a diferenças aparecem em relação ao atendimento no SUS, já que no hospital a emergência é a mesma para o plano e para o SUS. Neste sentido, também os participantes do grupo não sugerem uma discriminação negativa.

Já o segundo grupo com beneficiários de plano novo de operadora registrada na Região Metropolitana apontou grande diferenciação entre as categorias *standard* e as categorias executivo/especial, mas não no que se refere à discriminação no atendimento, pois neste hospital até mesmo o usuário do SUS recebe tratamento eficiente.

As categorias Interior I e Interior II são adotadas por se tratarem de realidades bem diversas. Interior I: cidades maiores com hospitais de maior complexidade. Interior II: cidades menores com hospitais pobres de baixa complexidade, mais próximos de serviços de tipo ambulatorial com internação precária.

Dentre os planos do Interior I, os participantes referem-se ao que denominamos alta diferenciação entre categorias dos planos. Os beneficiários de plano econômico/*standard* somente têm direito a ser atendidos no hospital, enquanto nas clínicas conveniadas o atendimento é melhor, mas somente pode usufruir delas quem tem plano especial. O atendimento nas especialidades não é bom na ortopedia nem na oftalmologia e há carência de médicos especialistas na emergência.

A espera para marcação de consultas pode demorar até dois meses. Há planos como o coletivo, na sua categoria mais baixa, que somente permitem oito consultas por ano. Em outros casos, há controle sobre o número de consultas. Pacientes que fazem consultas com freqüência são chamados pela direção do plano para explicar

Tabela 5
Estratificação dos planos, operadoras e tipos de planos na Região Metropolitana.

Estratificação	Operadoras registradas	Operadoras não registradas
Alta diferenciação entre categorias de plano	Plano novo Média	Plano antigo Sim
		Sim

Tabela 6
Estratificação dos planos, operadoras e tipo de plano nas regiões Interior I e Interior.

Estratificação	Interior I Operadora registrada Plano antigo/novo	Operadora não registrada	Interior II Operadora registrada Plano Antigo	Operadora não registrada
Alta diferenciação entre categorias de plano	Sim	Sim	Não	Não

sobre os motivos do uso freqüente deste. Em relação a cirurgias, há referências, por parte de usuários de plano econômico, a pagamento por uma cirurgia feita “sem corte”.

Nos planos localizados no que denominamos Interior II, não se constata estratificação. Nos dois casos analisados, se observa baixa diferenciação entre categorias de planos. Sendo a composição social dos grupos semelhante, em ambos a maioria dos participantes é de classe média baixa, percebe-se grande insatisfação com os planos. Há reclamações quanto a praticamente todos os serviços nos dois hospitais, o atendimento na maioria das especialidades é considerado ruim, dentre elas foram especialmente mencionadas: cardiologia, dermatologia, ortopedia, urologia, neurologia, oftalmologia, reumatologia e a emergência. De fato, trata-se de hospitais que não possuem a maioria dos serviços.

Segundo os depoimentos dos usuários desses planos, os médicos se reciclam pouco, a espera para o pronto atendimento chega até três horas, não existem salas de espera, apenas os corredores, e nem há privacidade na consulta. Em exames mais complexos, é exigido pagar a metade do valor. Há menção de um paciente que precisou de uma cirurgia especializada para o filho e que foi feita duas vezes por um clínico, tendo que ser refeita por um especialista em outro município.

Finalmente, observa-se que, com exceção destes últimos dois grupos, há uma apreciação diferenciada entre planos e hospitais. Os hospitais são melhores conceituados do que os planos. Vários dos participantes afirmam ter escolhido o plano porque o hospital é bom. Estas afirmações se sustentam, por vezes, em conhecimento direto ou em comentários ou ainda no prestígio atribuído ao mesmo.

Por último, no que se refere à ANS, em praticamente todos os grupos com exceção de uma advogada num deles, os beneficiários desconhecem a existência da ANS e conseqüentemente a sua função reguladora. Por isso, diante de um problema e de um impasse com o plano tendem a recorrer ao Procon.

Conclusões

A dificuldade de acesso ao atendimento no SUS leva cidadãos que não dispõem de recursos financeiros para o pagamento da saúde privada a procurar os planos de saúde. Entre os beneficiários analisados havia professores, economistas, advogados, decoradores, profissionais liberais de ma-

neira mais geral e, também, empregados domésticos, comerciários, estofadores e motoristas.

A relação dos planos com o SUS é marcada pela interdependência que se apresenta através do encaminhamento para o SUS em virtude de uma restrição que consta na cláusula do plano, do favorecimento de acesso ao SUS pelos usuários e da indistinção entre serviços prestados pelo SUS e pelo plano. Os casos acontecem em planos novos e antigos de operadoras registradas e em produtos de entidades não registradas na ANS.

Ao estabelecer o desenho desta pesquisa, esperava-se que cada tipo de plano fosse apresentar um padrão de prestação de serviço e, conseqüentemente, de satisfação dos beneficiários que o distinguiria dos demais. Mas isso não aconteceu. Não existe um padrão de serviço típico do plano novo que o diferencie dos demais (plano antigo de operadora registrada e plano de operadora não registrada) e vice-versa.

Ou seja, o padrão de prestação de serviço está associado ao preço do plano e à qualidade do hospital que está vinculado. Independente de ser plano novo ou antigo, os planos de categorias mais altas de hospitais bem estruturados prestam um serviço melhor. Da mesma forma, planos de categorias mais baixas de hospitais pouco estruturados oferecem um serviço pior.

Assim, as regras bem definidas de um plano novo não são capazes de garantir uma melhor prestação de serviço para o beneficiário. Inclusive porque os contratos dos planos novos de categorias mais baixas trazem um número grande de restrições de atendimento. E a falta de clareza, muitas vezes, permite que certos “galhos sejam quebrados” pela administração para os beneficiários.

Os beneficiários de classe social mais baixa buscam planos que tenham uma mensalidade menor. Planos mais caros e de maiores recursos são adquiridos pelos beneficiários de classe social mais alta.

O principal objetivo ao se adquirir o plano é a garantia de acesso ao serviço, mas o uso que os beneficiários fazem do contrato é diverso e varia de acordo com a relação que as pessoas estabelecem com a administração do plano e do hospital.

A relação próxima entre beneficiários e administração pode ser fundada em noções de hierarquia como proteção e bondade, relação compadre/tradicional ou em laços de amizade e camaradagem entre um círculo de pessoas privilegiadas, relação de igualdade de *status*. Para um beneficiário próximo, há sempre uma maneira de dar um “jeitinho”. Muitas vezes, a solução está no encaminhamento com privilégio para o SUS.

O avesso das relações de proximidade está na relação de distância e de desamparo entre beneficiários e administração. Neste caso, os beneficiários não conhecem e não têm acesso a qualquer membro da administração e não reconhecem na lei amparo para a defesa de seus interesses. Os beneficiários que possuem a noção de contrato travam com os planos uma relação distante baseada no direito e na lei.

As razões para a satisfação com os planos são as certezas de acesso ao tratamento e a hotelaria e privacidade, que os beneficiários costumam chamar de “privilégio em relação ao SUS”.

Desta forma, enquanto pagam e percebem que têm “privilégio”, eles se sentem satisfeitos. Mas, quando se deparam com qualquer dificuldade de acesso ou se vêem sendo atendidos nas mesmas instalações destinadas ao SUS, mostram-se insatisfeitos. Motivos para a insatisfação: demora na marcação de consultas; restrição ao tratamento de doenças cardíacas e outras; restrição no número de consultas e exames e no tempo de internação e de UTI e “mistura” com o SUS. A falta de regras para os reajustes por idade e a restrita abrangência geográfica de alguns planos preocupam os beneficiários.

Colaboradores

L Veiga e C Guimarães participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo. AD Ugá, MC Portela, MM Vasconcellos, PR Barbosa e SML Lima participaram na organização e execução das oficinas e na revisão bibliográfica.

Referências

1. Gerschman S, Veiga L, Guimarães C. **Estudo de Satisfação dos Usuários de Planos de Saúde de Hospitais Filantrópicos**. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. No prelo 2004.
2. Ugá MAD, Barbosa PR, Lima SML, Vasconcelos MM, Gerschman S, Portela MC. **Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2004. [acessado em 2006 Jul 12]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/site/Biblioteca/biblioteca_topico_17702.asp.
3. Greenbaum TL. **The handbook for focus group research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
4. Krueger RA. **Focus group: a practical guide for applied research**. Newbury Park: Sage Publications; 1988.
5. Morgan DL. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park: Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series 16)
6. Olabuénaga JI. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto; 1999.
7. Hope MJ, Wells EA, Wildson A, Gilmore MR, Morrison DM. Children's knowledge and beliefs about AIDS: qualitative data from focus group interviews. **Health Educ Q** 1994; 21.
8. Mac Quinn K. What is Community? Evidence Based Definitions for Participatory Public Health. **J Public Health** 2001; 91(2).
9. O'Brien K. Using focus group to developed research on social relationships and AIDS-preventive behavior. **Health Educ Q** 1993; 20.
10. Pearce G, Smith D. Is social capital the to Inequalities in Health? **J Public Health** 2003; 93(1).
11. Milan SG, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE-Eletrônica** 2005; 4(2): artigo 17. [acessado 2006 Set 21]. Disponível em: <http://www.rae.com.br>
12. Bourdieu P. Sociologia. In: Ortiz R, organizador. **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática; 1983, p.17.
13. Velho G. **Nobres e anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia** [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Museu Nacional de Antropologia; 1975.

Artigo apresentado em 09/10/2005

Aprovado em 23/06/2006

Versão final apresentada em 27/09/2006