

ALINE MACAREVICH CONDESSA

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS NO BRASIL.

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do título de Mestre em Saúde  
Bucal Coletiva ao Programa de Pós-Graduação  
em Odontologia da Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Roger Keller Celeste

Porto Alegre

2015

### CIP - Catalogação na Publicação

MACAREVICH CONDESSA, ALINE  
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL. / ALINE MACAREVICH  
CONDESSA. -- 2015.  
70 f.

Orientador: ROGER KELLER CELESTE.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia,  
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto  
Alegre, BR-RS, 2015.

1. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO. 2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE  
BUCAL. 3. SATISFAÇÃO DO PACIENTE. 4. TIPOS DE  
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS. I. CELESTE, ROGER KELLER,  
orient. II. Título.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM OS SERVIÇOS  
ODONTOLÓGICOS NO BRASIL.

Dissertação aprovada para obtenção do título de  
Mestre no Programa de Pós-Graduação em  
Odontologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul pela banca examinadora formada  
por:

Porto Alegre, 23 de Julho de 2015.

---

Prof. Dr. Roger Keller Celeste – UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Juliana Balbinot Hilgert - UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Aline Blaya Martins – UFRGS

---

Prof. Dr. Jorge Umberto Beria – ULBRA-RS

---

Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi – UFRGS

(suplente)

Leandro, Iza, Beto e Dudu  
Sem vocês, nada teria sentido!

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Leandro, por ter sido a presença constante e a ajuda generosa e amorosa em todos os momentos.

Aos meus pais, irmão e familiares, que sempre apoiaram minhas escolhas, me dando amor e carinho.

Ao meu orientador Roger Keller Celeste, pelo incentivo e pelo aprendizado, minha total gratidão e admiração.

À professora Juliana Balbinot Hilgert pela colaboração desde o início deste projeto, com sua calma e objetividade tranquilizando-me nos momentos mais tensos.

Aos meus professores do Mestrado, que tanto contribuíram nesses dois anos para a minha formação em Saúde Bucal Coletiva.

Aos professores Aline Blaya Martins, Jorge Umberto Beria, Juliana Balbinot Hilgert e Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, que gentilmente se dispuseram a fazer parte da minha banca de defesa. É uma honra ter a contribuição dos doutores na minha trajetória acadêmica.

À Luciane Maria Pilloto e Helena, que me receberam em sua casa, contribuindo muito com este trabalho, com carinho e serenidade.

Aos meus colegas da turma do mestrado em Saúde Bucal Coletiva 2013 que tornaram essa caminhada mais interessante, leve e divertida, em especial, à minha dupla Violeta!

À Ida, representando a biblioteca da Faculdade de Odontologia, pela ajuda e suporte nas inúmeras buscas bibliográficas.

Aos colegas da Companhia Estadual de Energia Elétrica - CEEE, pela paciência, escuta, amizade e diversão.

Aos companheiros de viagem à Sheffield, Vivi e Jessye, que reforçaram a vontade de prosseguir para o doutorado.

Aos amigos que acompanharam essa jornada, de longe ou de perto, obrigada por fazerem parte da minha vida.

## RESUMO

Macarevich Condessa, Aline. **Avaliação da satisfação do usuário com os serviços odontológicos no Brasil**. 2015. 70f. Dissertação (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

A satisfação com os serviços de saúde ainda tem sido pouco estudada, especialmente os potenciais fatores determinantes. Objetivo: estudar a associação da satisfação do usuário com os diferentes tipos de serviços odontológicos e descrever os níveis de satisfação do usuário por faixa etária, em uma amostra representativa do Brasil. Métodos: pesquisa baseada em estudo transversal (SB 2010), de base populacional nacional, que avaliou adolescentes, adultos e idosos em 177 cidades brasileiras. Foi realizado um processo de amostragem por conglomerados em dois estágios. Os dados foram coletados através de questionário estruturado com perguntas fechadas e exame clínico. O desfecho foi satisfação do usuário relacionada à última consulta odontológica (escala Likert de cinco níveis). A variável de exposição principal foi o tipo de serviço odontológico (serviço público, serviço privado, plano de saúde) e as covariáveis foram CPO-D, intensidade da dor, motivo da última consulta, necessidade de tratamento autopercebida, frequência de uso do serviço, sexo, renda equivalente e escolaridade. Análises bivariadas foram testadas através do teste qui-quadrado de Pearson e associação ajustada por meio de regressão logística ordinal múltipla para cada faixa etária. Resultados: Poucos participantes avaliaram os serviços como “ruim” ou “muito ruim” (4,3% dos adolescentes, 6,1% dos adultos e 4,1% de idosos). No modelo bruto, uso de serviço público esteve associado com menor satisfação do que os serviços privados e planos de saúde em todos os grupos. No entanto, após o ajuste por covariáveis, somente em adolescentes houve diferença estatisticamente significativa, com usuários de serviço privado (OR = 0,75 IC 95% = 0,68-0,87) e plano de saúde (OR = 0,77 IC95% = 0,62-0,96) apresentando menor chance de insatisfação em relação aos usuários de serviços públicos. Conclusão: Para os adolescentes, consultar no serviço público esteve associado com maior insatisfação. Pode-se especular que a diferença no nível de satisfação entre os serviços seja fruto de diferenças na estrutura física, na relação paciente-profissional, ou mesmo na capacidade de resolutividade do serviço. Pode ser também que os serviços públicos estejam mais voltados aos problemas relacionados às crianças, adultos e idosos e não ao público adolescente, cujas demandas são específicas.

Palavras-chave: Satisfação do usuário. Satisfação do paciente. Avaliação em saúde bucal. Tipos de serviço odontológico.

## ABSTRACT

Macarevich Condessa, Aline. **Evaluation of user's satisfaction with dental services in Brazil.** 2015. 70p. Dissertation (Master in Dental Public Health) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Satisfaction with health services has been few studied, especially the potential determinants. Objective: to study the association between user satisfaction with different types of dental services; and to describe levels of user's satisfaction in different age group, in a representative sample of Brazil. Methods: This work is based on a country wide cross-sectional population-based study (SB 2010), which evaluated adolescents, adults and elders in 177 Brazilian cities. Sampling process followed a cluster design in two stages. Data were collected through a questionnaire with closed questions and clinical examination. The outcome variable was user satisfaction related to last dental visit (five-level Likert-type scale). The main exposure variable was the type of dental service (public service, particular service, health plan or insurance). The independent variables were DMFT, pain intensity, reason for the last visit, perceived need for treatment, use of dental services frequency, sex, equivalent income and educational level. Bivariate analysis were tested using Pearson's chi-square test and association adjusted by multiple ordinal logistic regression for each age group. Results: Few participants evaluated the services as poor or very poor (4.3% of adolescents, 6.1% of adults and 4.1% of elders). In crude model, public service was associated with less satisfaction than private and health plans among all groups. However, after adjusting by covariates, only in adolescents the difference remained to private service (OR=0.75 IC 95%=0.68-0.87) and to health plan (OR=0.77 IC95%=0.62-0.96), with less chance of dissatisfaction than users of public services. Conclusion: Dental visits in public service was associated with more dissatisfaction for adolescents. We can speculate that the difference in satisfaction between services is the result of differences in physical structure, patient-professional relationship, or even solving capacity of the service. Public services may be focused on issues related to children, adults and elders, and not to the adolescent audience, which has specific demands.

Keywords: User satisfaction. Patient satisfaction. Dental service evaluation. Types of dental service.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CPO-D	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DMFT	Decay, Missing, Filled Teeth Index
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
SB 2010	Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal SBBrasil 2010
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>12</b>
2.1	AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	12
2.2	SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	14
2.2.1	CONCEITO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	14
2.2.2	DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	16
2.2.3	DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO	20
2.3	CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS DE MENSURARÇÃO	21
2.4	VIÉSES E LIMITAÇÕES DA AVALIAÇÃO ATRAVÉS DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	23
2.5	CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	25
2.6	SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	28
<b>3</b>	<b>HIPÓTESE</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
4.1	OBJETIVO GERAL	32
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
<b>5</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>33</b>
5.1	PLANO AMOSTRAL	33
5.2	COLETA DE DADOS	34
5.3	DESFECHO	35
5.4	COVARIÁVEIS E EXPOSIÇÃO DE INTERESSE	35
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	35
5.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>53</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>55</b>
	APÊNDICE A: TABELA 1 - FREQUÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA DA DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO POR FAIXA ETÁRIA, NO BRASIL, EM 2010	60
	APÊNDICE B: TABELA 2 – ANÁLISE BIVARIADA DA SATISFAÇÃO DOS ADOLESCENTES, PONDERADA POR PESO AMOSTRAL, NO BRASIL, EM 2010	62
	APÊNDICE C: TABELA 3- ANÁLISE BIVARIADA DA SATISFAÇÃO DOS ADULTOS, PONDERADA POR PESO AMOSTRAL, NO BRASIL, EM 2010	63
	APÊNDICE D: TABELA 4 - ANÁLISE BIVARIADA DA SATISFAÇÃO DOS IDOSOS, PONDERADA POR PESO AMOSTRAL, NO BRASIL, EM 2010	64
	APÊNDICE E: TABELA 5 – MODELO BRUTO E AJUSTADO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL, POR FAIXA ETÁRIA, EM 2010	65
	APÊNDICE F: TABELA 6 – MODELO AJUSTADO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS NO BRASIL, POR FAIXA ETÁRIA, EM 2010	66
	ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SB BRASIL 2010	68
	ANEXO B: TEMA DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO SB BRASIL 2010	70

## 1 INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde tem como pressuposto o julgamento da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços de saúde na busca da resolubilidade e qualidade. Assim, a avaliação é uma ferramenta a ser utilizada no planejamento e gestão do sistema de saúde, reordenando a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público e com maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2005).

No campo da saúde bucal, os serviços odontológicos também devem passar por avaliações sistemáticas. Em nível nacional, no Brasil, tais avaliações têm sido feitas através de inquéritos epidemiológicos e os dois últimos, 2002/2003 e 2010 incluíram a satisfação do usuário no questionário.

A satisfação do usuário aparece como uma das formas de mensurar a atenção à saúde, na medida em que se configura como um importante indicador de resultado (DONABEDIAN, 1978), podendo ser útil na avaliação da comunicação entre o profissional e o paciente, além de auxiliar na escolha entre alternativas no que tange a organização e a provisão de cuidado à saúde (FITZPATRICK, 1991a). Satisfação do usuário é, também, um importante preditor de certos comportamentos de saúde, como a adesão ao tratamento, pois pacientes satisfeitos tendem a ser mais cuidadosos e meticolosos com seu tratamento, seguindo as orientações do profissional e com isso alcançando um melhor resultado clínico (PASCOE, 1983; WEISS, 1988).

A satisfação do usuário é um determinante na utilização de serviços. Pacientes insatisfeitos poderão não consultar novamente o mesmo local de atendimento, estando mais propensos a mudar de serviço, sendo a satisfação o melhor preditor para troca de profissional e de plano de saúde (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; SENF; WEISS, 1991; WEISS, 1988; WILLIAMS, 1994). A satisfação descreve como o indivíduo percebeu o serviço e o julgamento quanto aos cuidados recebidos, apresentando como vantagem sobre os demais desfechos o fato de que esse resultado é a avaliação pessoal em relação ao serviço e não somente a visão do paciente quanto às suas características pessoais (condições clínicas e percepção sobre a sua saúde) (ANDERSEN; DAVIDSON, 1997).

Embora a prevalência de satisfação seja normalmente alta, acima dos 90% dos entrevistados (BRASIL, 2011), essa avaliação é importante para conhecer a percepção do usuário sobre a adequação dos serviços ofertados e consumidos. Essa avaliação pessoal possibilitará que os usuários expressem sua opinião em relação ao atendimento recebido, tanto no âmbito público quanto na rede privada e nos planos de saúde, permitindo que os gestores atuem para qualificar os serviços. Além disso, muitos profissionais não conseguem identificar a insatisfação dos pacientes, dificultando a qualificação do atendimento e por isso pesquisas sobre satisfação são importantes (RILEY et al., 2014).

Percebe-se uma diferença na satisfação entre os serviços públicos e privados, na medida em que, frequentemente, as características do serviço e dos usuários são distintas (GOUVEIA et al., 2005; MARTINS et al., 2014). Supõe-se que as condições socioeconômicas dos pacientes, as opções de tratamento aliadas às facilidades do serviço fazem com que os serviços privados sejam considerados de melhor qualidade. Além disso, caso o usuário/consumidor não esteja satisfeito com o atendimento realizado, ele tem a opção de procurar outro profissional, assim como os indivíduos cobertos por plano de saúde, contrastando com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde há adscrição de território e o usuário é orientado a consultar especificamente na sua unidade de saúde de referência. Por isso, a pesquisa de satisfação dos usuários é ainda mais importante no setor público, em função da reduzida possibilidade de troca de serviço ou profissional por parte dos pacientes vinculados à Unidade de Saúde (CROW et al., 2002).

Neste sentido, ao realizar a comparação entre o setor público, o setor privado e os planos de saúde, busca-se entender as diferenças entre os serviços e os possíveis determinantes da satisfação. Diante da falta de consenso entre a relação da satisfação do usuário e o tipo de serviço odontológico, este estudo foi elaborado. O objetivo deste trabalho foi estudar a satisfação do usuário com a última consulta odontológica nos diferentes tipos de serviços odontológicos no Brasil, descrevendo e analisando as relações presentes nessa avaliação.

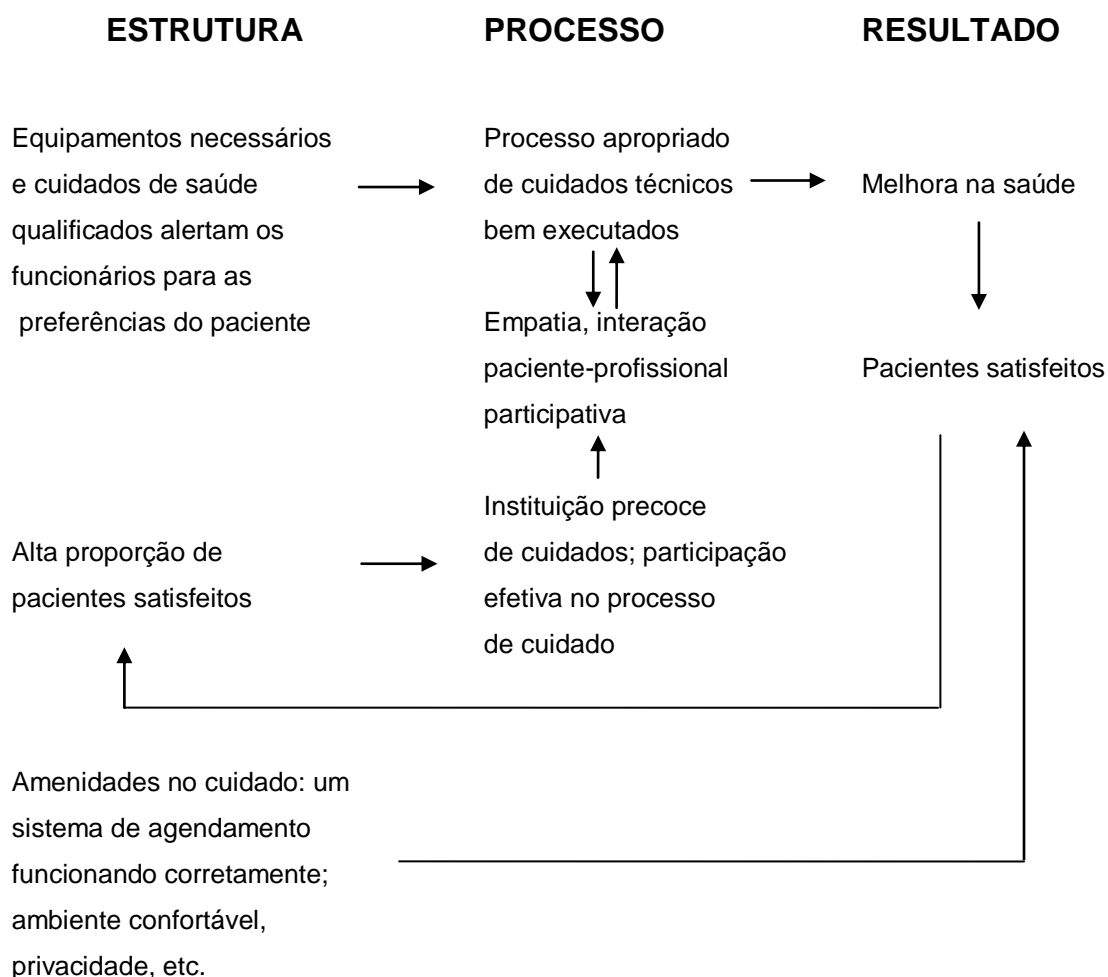
## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para garantir a qualidade dos serviços de saúde são necessárias ações que estabeleçam, protejam, promovam e aumentem a qualidade dos serviços. A avaliação em saúde será um julgamento sobre uma intervenção, voltada para a resolução de problemas em saúde, visando o aperfeiçoamento ou modificação dos resultados. Sendo um dos componentes do processo de gestão, a avaliação servirá também para legitimar a escolha da tomada de decisão, direcionando as intervenções prioritárias (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A avaliação deverá levar em conta as características das práticas de saúde e da sua organização social como: a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); os custos das ações (eficiência); a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e a percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários e aceitabilidade) (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Um dos modelos de avaliação do cuidado mais conhecidos e utilizados é o baseado em estrutura - processo – resultado, de Donabedian (1978). Estrutura refere-se às condições sob as quais o cuidado é provido, como recursos humanos, recursos materiais e equipamentos, características organizacionais e físicas. Processo é o conjunto de atividades desenvolvidas na assistência médica, entre o profissional e o paciente, como diagnóstico, tratamento, reabilitação, educação em saúde. Por fim, resultado são as mudanças desejadas ou indesejadas nos indivíduos e nas populações que podem ser atribuídas à assistência médica, incluindo mudanças no status de saúde, no conhecimento adquirido que influenciará o cuidado, no comportamento que influenciará a saúde no futuro e a satisfação dos pacientes com o cuidado recebido e com os resultados, como mostra a Figura 1 (DONABEDIAN, 2003, p.50).



**Figura 1** - Relação hipotética entre características de estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2003, p.50)

A avaliação de serviço pode ser classificada como um julgamento de valor cujo objetivo primordial é o auxílio na tomada de decisões. Essa avaliação pode ser baseada em critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborada a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A pesquisa avaliativa permite analisar as relações existentes entre os diversos componentes de uma intervenção, a qual configura-se pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto, em um determinado tempo, para produzir bens ou serviços objetivando modificar uma situação-problema (HARTZ, 1997).

Avaliando a dimensão “humana” do serviço, mede-se a aceitabilidade social, psicológica e ética sobre o modo como as pessoas são tratadas nos serviços de saúde. Essa dimensão envolve as relações entre pacientes e profissionais, além da dignidade e autonomia daqueles, através de um comprometimento em maximizar os

benefícios e reduzir os possíveis danos. Um dos modos de mensurar essa dimensão é através da satisfação do usuário. Assim, os usuários são capazes de realizar julgamentos complexos e diferenciados em relação à qualidade do cuidado no que tange o relacionamento paciente-profissional, as habilidades do profissional, as informações recebidas, a competência técnica, a organização do sistema de saúde e o tempo despendido para a consulta (SMITH et al., 2005).

A satisfação do usuário é uma percepção subjetiva que o indivíduo tem em relação ao cuidado que recebe. O grau de satisfação pode decorrer das relações interpessoais entre o profissional e o paciente; como o usuário relaciona-se com aspectos da infraestrutura material dos serviços, com as amenidades (conforto) e, também, com as representações do usuário sobre o processo saúde-doença. Em função disto, torna-se relevante incorporar a avaliação da satisfação do usuário como um dos componentes da qualidade dos serviços (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

## 2.2 *SATISFAÇÃO DO USUÁRIO*

### 2.2.1 *CONCEITO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO*

Embora a satisfação do usuário esteja sendo estudada desde a década de 1970, não há um conceito definitivo nem um modelo teórico capaz de explicar com exatidão os motivos que levam os usuários à satisfação. Essa falta de consenso pode ser explicada pela baixa validação externa e falta de consistência interna, pois as teorias usualmente não são testadas. A maioria das teorias utilizadas é adaptada do marketing e da psicologia social para o campo da saúde, porém nem sempre reprodutíveis. Essas teorias dão muita ênfase às expectativas do cliente, mas desprezam a noção de necessidade - importante no campo da saúde coletiva (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

A satisfação do paciente é uma avaliação pessoal dos serviços de saúde e provedores, de caráter subjetivo, não podendo ser conhecida apenas com a observação direta do serviço, pois leva em consideração os anseios do paciente (WARE et al., 1983). Também pode ser entendida como uma medida de resultado da qualidade do cuidado e dos profissionais, que contribui para avaliação da estrutura, processo e resultado (PASCOE, 1983).

A **teoria da atitude** considera que a satisfação é uma avaliação individual positiva a respeito da experiência pessoal com o cuidado em saúde de caráter multidimensional (LINDER-PELZ, 1982b). Segundo a autora, a satisfação é sempre relativa, pois os índices de satisfação podem mudar quando, por exemplo, padrões de comparação ou expectativas mudam, mesmo que o objeto da avaliação permaneça constante. Os determinantes psicossociais, as características do sistema de atenção à saúde, e dos profissionais são capazes de afetar as avaliações dos pacientes. Essas variáveis e suas interações precisam ser consideradas em um modelo multivariado de satisfação do paciente. As variáveis determinadas pelos indivíduos e pelas características do serviço são consideradas dependentes, ao passo que a previsão de comportamentos subsequentes é uma variável independente. Existem ainda prováveis determinantes da satisfação com cuidado em saúde como as percepções prévias e atitudes dos indivíduos (LINDER-PELZ, 1982b).

A **teoria da realização da expectativa (fulfillment)** define satisfação em função do que é recebido a partir de uma situação, independentemente de quanto o indivíduo julga que deveria e/ou desejaria receber, sendo a mais criticada pela literatura (PASCOE, 1983). Assim, o usuário estará satisfeito quando receber o que esperava ou além, podendo não estar relacionado à qualidade do serviço e sim com a expectativa do indivíduo. A limitação desta teoria é que qualquer experiência que for dentro das expectativas será considerada satisfatória e o que estiver fora das expectativas será insatisfatória (WILLIAMS; COYLE; HEALY, 1998). Os modelos baseados em expectativas também são refutados em função da imprecisão e da possibilidade de manipulação das expectativas dos usuários pelos gestores e profissionais da saúde, que podem direcionar o resultado esperado pelo paciente. Além disso, se a expectativa for baixa, pode haver satisfação mesmo com serviços de má qualidade (CROW et al., 2002).

Os conceitos de dever/função e culpabilidade são levados em conta para relacionar experiências positivas ou negativas com avaliação positiva ou negativa do serviço. Ou seja, nem sempre há a correlação experiência negativa – avaliação negativa, isso vai depender do que o usuário entende como dever do serviço e a culpabilidade do serviço por aquele desfecho. As expectativas dependem do contexto clínico atual, das experiências passadas e conhecimento do paciente. Elas podem mudar ou serem atenuadas pelo conceito de culpabilidade, tornando-se mais

flexível (WILLIAMS; COYLE; HEALY, 1998).

A **teoria da discrepância** inclui a percepção do assunto do que é esperado ou valorizado como parâmetro para a comparação de resultados reais, definindo satisfação como a diferença entre o resultado real e o resultado ideal, ou seja, a expectativa do indivíduo. É o modelo mais utilizado por permitir uma avaliação da experiência do usuário no serviço, de maneira mais “real”, embora ainda assuma alguma importância para a expectativa (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; PASCOE, 1983).

O **modelo holístico** considera todas as possíveis influências na satisfação, levando em conta a natureza multidimensional da satisfação, sendo influenciada pelas características individuais, pelos atributos do serviço de saúde e também pelos instrumentos e métodos utilizados pelos investigadores para medi-la (CROW et al., 2002). Nesta dissertação, o modelo entendido como o mais completo é esse e, portanto, foi o escolhido para ser utilizado como base.

## 2.2.2 DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Os determinantes da satisfação do usuário também não são um consenso. Após a revisão da literatura, optou-se por dividir basicamente entre fatores relacionados ao paciente e fatores relacionados ao serviço e profissionais.

### 2.2.2.1 Fatores relacionados ao paciente

Os fatores relacionados ao paciente incluem as expectativas, as características socioeconômicas, e o status de saúde.

#### 2.2.2.1.1 Expectativas

Inicialmente, as expectativas apareciam como o antecedente psicológico social mais importante para a satisfação do paciente. A maioria dos prováveis determinantes da satisfação individual com o cuidado em saúde são percepções e atitudes a priori do evento, ou seja, baseado no valor individual dado a cada aspecto. Percepções prévias incluem crenças sobre o que o paciente tem direito e as expectativas para o próximo evento de saúde (LINDER-PELZ, 1982a). Ao testar as teorias que existiam sobre os determinantes da satisfação, as expectativas explicaram mais do que os valores, mas os dois juntos não conseguiram explicar



nem 10% da satisfação (LINDER-PELZ, 1982b). Não se conhece evidência empírica da validade dessa teoria, pois pesquisas apontaram pequeno efeito significativo das expectativas e preferências do paciente de valor sobre índices de satisfação, quando comparados ao impacto das experiências atuais relatadas pelos pacientes. Ou ainda porque as expectativas são modificadas ao longo do processo de atendimento influenciando, assim, avaliações subsequentes (BARON-EPEL; DUSHENAT; FRIEDMAN, 2001; WARE et al., 1983; WILLIAMS, 1994).

A expectativa pode ser influenciada também pelo modo de pagamento, ou seja, quem procura um serviço mais barato ou ainda gratuito pode esperar menos do atendimento em geral, utilizando um padrão de comparação menos crítico do que pessoas que pagam pelo serviço. Ainda assim, o modo como a expectativa afeta a avaliação pessoal é superficial e por vezes contraditória, necessitando mais pesquisa nessa área, para definir claramente qual a importância desse fator na satisfação do usuário (CROW et al., 2002).

#### *2.2.2.1.2 Condições socioeconômicas*

A literatura é bastante controversa em relação à influência de características socioeconômicas e demográficas na satisfação dos usuários. Muitos autores consideram os fatores sociodemográficos como potenciais confundidores, pois eles mascaram os efeitos independentes do serviço na satisfação e por isso precisam ser levados em consideração na análise dos dados (CROW et al., 2002; FITZPATRICK, 1991b).

Avaliando os dados de uma revisão sistemática sobre as características sociodemográficas foram encontradas correlações<sup>1</sup> muito fracas entre tais características e a satisfação dos usuários, sendo significativa apenas em idosos ( $r=+0,13$ ) e em indivíduos com alto padrão social ( $r=+0,11$ ) (HALL; DORNAN, 1990). Encontrar relações fracas entre variáveis socioeconômicas e o desfecho satisfação apoia a validade dos instrumentos de satisfação, pois os mesmos foram projetados para medir eventos (ou percepções de eventos) no processo de assistência médica e não simplesmente ser um reflexo de tendências de resposta no paciente (WEISS, 1988).

---

<sup>1</sup> Valores entre parênteses correspondem à média ajustada das correlações.

A idade é a característica sociodemográfica que demonstrou maior consistência na relação satisfação – serviço de saúde. Idosos relatam maior satisfação (FITZPATRICK, 1991b; FOX; STORMS, 1981; HALL; DORNAN, 1990; JACKSON; CHAMBERLIN; KROENKE, 2001) e isso pode ser explicado pelo efeito generalizado de ciclo de vida, onde os idosos são menos sensíveis aos problemas, aceitando-os mais facilmente; ou o modo mais respeitoso e cuidadoso com que os profissionais atendem essa parcela da população. Pode ser também um efeito de coorte, onde os idosos têm baixas expectativas baseadas em experiências prévias com padrões de qualidade menores (ASPINAL et al., 2003; CROW et al., 2002).

#### *2.2.2.1.3 Status de saúde*

Baixos índices de saúde estão relacionados à insatisfação (COHEN, 1996; CROW et al., 2002), porém esses resultados não são confirmados na Odontologia (MARTINS et al., 2014; RODRIGUES et al., 2012). Isso pode ser explicado devido ao fato de que o CPO-D é um índice cumulativo e que o indivíduo pode ter consultado em diversos serviços ao longo da vida, não podendo estar ligado diretamente à última consulta odontológica.

A dor, entretanto, aparece relacionada a uma menor satisfação com o tratamento recebido e também à vontade do paciente de ser atendido mais rapidamente. Dos pacientes que estavam sem dor, 79% estava muito satisfeito, ao passo que apenas 59% dos pacientes com dor avaliaram o serviço neste grau de satisfação. O tempo de espera para ser atendido também influencia a satisfação com o atendimento (RILEY; GILBERT; HEFT, 2005). É possível pensar que pacientes com dor são menos complacentes com as falhas do serviço, desejando ser atendidos no menor tempo possível e tendo sua queixa atendida. Para pacientes com dor, a resolutividade do problema é o fator que mais influencia na satisfação (FITZPATRICK; HOPKINS, 1983).

#### **2.2.2.2 Fatores relacionados ao serviço e profissionais**

Os determinantes da satisfação do usuário relacionados ao serviço e aos profissionais podem ser resumidos em (WEISS, 1988):

- Características dos profissionais: personalidade, arte e qualidade técnica dispensada.

- Aspectos da relação profissional-paciente: comunicação
- Fatores estruturais e de definição: acessibilidade, pagamento, duração do tratamento.

Em geral, os pacientes reportam alta satisfação com os profissionais e baixa satisfação nas dimensões de acessibilidade, disponibilidade, conveniência e custo (PASCOE, 1983).

Em relação aos profissionais, o tempo de formação do profissional é relatado como um dos fatores determinantes da satisfação, com melhor relação profissional-paciente nos recém-formados e melhor habilidade técnica nos mais experientes. Os mais jovens apresentaram um maior envolvimento do profissional, maior motivação em mostrar um adequado serviço à chefia, treinamento recente, agenda menos cheia, dispondo de mais tempo para a consulta e ainda conduta profissional (maior simpatia e menor estresse) (HALL; DORNAN, 1988). Já os cirurgiões-dentistas graduados há mais tempo receberam uma melhor avaliação ( $p < 0,01$ ) em função de melhores habilidades técnicas e de comunicação, além do menor tempo para a realização do procedimento (RILEY et al., 2012).

A relação profissional-paciente aparece como um dos principais preditores de satisfação do usuário, devendo ser foco de atenção durante a reorganização do sistema de saúde. Tanto a atenção despendida pelo profissional quanto as habilidades de comunicação fazem com que o paciente sinta-se mais confiante e avalie o serviço positivamente (CROW et al., 2002; MÅRTENSSON et al., 2013; WILLIAMS; CALNAN, 1991). Entretanto, a avaliação do serviço não deve ser baseada exclusivamente na relação profissional-paciente, pois essa boa relação pode acabar compensando as falhas no cuidado técnico, sendo crucial a análise da efetividade do tratamento avaliando o alcance dos resultados esperados (JUNQUEIRA; AUGÉ, 1995).

Quanto aos fatores estruturais e de organização, a acessibilidade e disponibilidade do serviço aparecem como a principal dimensão relacionada à insatisfação em relação à assistência odontológica. Questões como disponibilidade aos finais de semana (atendimento de urgência) e espera pelo atendimento apresentaram elevados índices de insatisfação 51 e 24%, respectivamente, mesmo quando o nível de satisfação em geral foi de 97%. Os três principais preditores da satisfação em geral com os serviços odontológicos foram: disponibilidade do dentista no final de semana ( $\beta=0.38$ , correlação parcial = 0.47), competência do dentista

( $\beta=0.35$ , correlação parcial = 0.40) e receber informação do dentista ( $\beta=0.26$ , correlação parcial = 0.31) (WILLIAMS; CALNAN, 1991).

A organização do cuidado também influencia a satisfação, sendo maior nos indivíduos que tinham plano de saúde e que apresentavam fonte regular de cuidado. Quando o usuário é atendido pelo mesmo profissional, as taxas de satisfação são estatisticamente maiores (FOX; STORMS, 1981; STEIN et al., 1999; WEISS, 1988). Além disso, nos Estados Unidos, pessoas que tinham o modelo privado com pagamento por serviço (fee-for-service - FFS) relatavam maior satisfação, embora outros estudos não tenham mostrado diferença estatística entre os tipos de serviço. O modelo de pagamento por serviço (FFS) permite a escolha do profissional e isso foi um determinante importante na satisfação com o profissional (CROW et al., 2002).

A questão do pagamento é bastante relevante, pois os pacientes podem usar critérios diferentes para avaliar essa dimensão. Alguns pacientes podem ver como vantajoso ter o serviço gratuito e com isso sentirem-se mais satisfeitos. Outros melhoram a avaliação dos serviços pagos, pois julgam que ao pagar pelo serviço, serão mais bem tratados. (PASCOE, 1983)

### 2.2.3 DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO

Não existe um consenso em relação a quantas e quais dimensões formam o que se entende por satisfação do usuário, embora muitos autores reforcem a ideia de que satisfação é um conceito multidimensional. (DAVIES; WARE, 1981; FITZPATRICK, 1991a; SITZIA; WOOD, 1997)

De acordo com Ware e colaboradores (1983), os pacientes desenvolvem atitudes distintas em relação às dimensões envolvidas na avaliação da satisfação. Os mesmos autores pontuam como dimensões da satisfação as seguintes características:

- Manejo interpessoal: características da forma em que os profissionais interagem pessoalmente com os pacientes (por exemplo, preocupação, amizade, cortesia, desrespeito).
- Qualidade técnica: competência dos profissionais e a adesão a padrões elevados de diagnóstico e tratamento (por exemplo, rigor, precisão, riscos

desnecessários).

- **Acessibilidade/conveniência:** fatores envolvidos na organização para receber cuidados médicos (por exemplo, o tempo e o esforço necessário para conseguir uma consulta, tempo de espera no consultório, facilidade em encontrar os serviços).
- **Finanças:** fatores envolvidos no pagamento de serviços de saúde (por exemplo, custos razoáveis, meios alternativos de pagamento, abrangência da cobertura do seguro).
- **Eficácia/resultados:** os resultados das consultas clínicas (por exemplo, ajuda de profissionais de saúde na melhoria ou manutenção da saúde).
- **Continuidade:** continuidade do mesmo profissional e/ou localização de cuidados.
- **Ambiente físico:** características do ambiente em que os cuidados são prestados (por exemplo, instalações e equipamentos em ordem, atmosfera agradável).
- **Disponibilidade:** presença de recursos de cuidados médicos (por exemplo, instalações hospitalares suficientes e profissionais disponíveis).

Essas características, no entanto, não parecem representar fielmente o conceito de satisfação do usuário e sim os critérios levados em consideração para realizar sua avaliação. A satisfação será a percepção sobre esses fatores expressa através de uma atitude ou comportamento, inclusive os comentários que o indivíduo poderá fazer para outras pessoas em relação ao serviço.

Após a leitura crítica da literatura e frente à falta de consenso sobre as dimensões da satisfação e a possível justaposição entre as dimensões propostas por diversos autores, será tomado como referencial para este estudo, as três dimensões propostas por Gouveia e colaboradores (2005), considerando as características do serviço, as características do profissional (e a relação profissional-paciente) e a resolubilidade dos problemas de saúde.

### *2.3 CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS DE MENSURARÇÃO*

Ao planejar uma avaliação de serviço, tendo como desfecho a satisfação do usuário, o pesquisador deverá escolher criteriosamente o instrumento a ser utilizado

para a coleta dos dados.

Embora não haja um consenso, questões diretas sobre a satisfação parecem ser mais indicadas do que as indiretas, pois as últimas podem gerar confusão ao paciente e dificultar o entendimento sobre o que está sendo avaliado. Existe também uma diferença em relação ao evento a ser analisado. As pessoas tendem a avaliar pior o serviço em geral em relação a um serviço específico, por duas prováveis razões: avaliando o serviço, avaliam-se diversas experiências, dando mais chance de alguma vivência ser negativa e prejudicar a avaliação como um todo. Além disso, na avaliação em geral os pacientes podem desenhar um estereótipo negativo dos profissionais ou da assistência médica, introduzindo um viés negativo na avaliação, distorcendo sua opinião (FITZPATRICK, 1991b; HALL; DORNAN, 1988).

Observa-se que grande parte dos estudos foi realizada com instrumentos criados para tal pesquisa, sem a validação do mesmo. Isso dificulta a comparação dos resultados. Em adição, a maioria dos instrumentos abordava de 2 a 4 itens, sendo que 25% eram multidimensionais (HALL; DORNAN, 1988).

Uma das alternativas utilizadas para medir satisfação é perguntar se o indivíduo pretende retornar ao serviço. Entretanto, pacientes atendidos em sistemas públicos regionalizados (ESB – SUS) não conseguem trocar de profissional de saúde tão facilmente quanto os usuários de serviços privados. Nesse sentido, mesmo não estando satisfeito com o atendimento, o usuário do serviço público pode acabar voltando por necessidade e não pelo desejo de consultar novamente com o profissional que o atendeu. Já os pacientes do serviço privado ou plano de saúde poderão expressar sua insatisfação ao procurar outro profissional para realizar o tratamento. Na falta de escolha, a voz do usuário é o único modo de conhecer suas preferências para o atendimento (CROW et al., 2002).

O número de itens dos instrumentos para medir satisfação também pode influenciar no resultado da pesquisa. Como a satisfação é multidimensional, utilizar perguntas globais ou ainda de item único podem ser menos válidas e/ou confiáveis, especialmente em populações com baixo nível de educação ou com menos capacidades cognitivas. Medidas gerais podem não abordar adequadamente os aspectos do cuidado relativos à insatisfação, inflando a taxa de satisfação (CROW et al., 2002; LOCKER; DUNT, 1978; PASCOE, 1983).

O local de realização da pesquisa é outro fator a ser considerado, pois os usuários podem se sentir obrigados a avaliar melhor o atendimento caso a pesquisa

seja feita no serviço. Desta forma, o ideal é que a pesquisa seja feita em casa ou ainda por meio de telefonema, carta ou e-mail e por uma organização independente ao serviço avaliado (CROW et al., 2002; HALL; DORNAN, 1988). Entrevistas por telefone e fora do serviço que prestou o atendimento podem dar mais oportunidade aos usuários relatarem os motivos de sua insatisfação sem receio de terem seu atendimento prejudicado. Em um estudo da Ouvidoria do SUS, 63,4% dos entrevistados, por telefone, relatam algum tipo de insatisfação, índice bem mais elevado do que os demais estudos citados nesta dissertação (PASSERO, 2013).

Pensando na análise dos dados, recomenda-se trabalhar com subgrupos, para que as características dos pacientes não influencie a análise dos fatores relacionados aos serviços, que são o objetivo real do estudo (FITZPATRICK, 1991b).

#### *2.4 VIÉSES E LIMITAÇÕES DA AVALIAÇÃO ATRAVÉS DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO*

Embora a satisfação do usuário apareça como uma boa alternativa de avaliação dos serviços, ela deve fazer parte de uma avaliação mais ampla, com triangulação das informações (SITZIA; WOOD, 1997). Existem algumas fraquezas na utilização da satisfação como instrumento único de avaliação, pois muitos pacientes podem se sentir obrigados a avaliar bem os serviços para que os mesmos sejam mantidos, ainda que com problemas (WILLIAMS, 1994). O alto índice de satisfação na grande maioria dos trabalhos é levantado como argumento para enfraquecer a utilidade dessas pesquisas desencorajando a realização de pesquisas isoladas de satisfação (ASPINAL et al., 2003). A baixa validade interna e externa dos instrumentos faz com que os resultados sejam vistos como de pouca utilidade, pois eles limitam as respostas e as confundem, dificultando a análise dos aspectos relevantes aos pacientes e encorajando os profissionais a acreditarem que os pacientes realmente estão muito satisfeitos com o serviço, o que nem sempre é verdadeiro (WHITFIELD; BAKER, 1992).

Por ser uma avaliação subjetiva, os padrões de satisfação do paciente podem variar de indivíduo para indivíduo, refletindo o julgamento das próprias circunstâncias e experiências prévias levadas em consideração. Assim, pode acabar expressando mais o conhecimento e expectativa do paciente do que a qualidade do

serviço ou a percepção do paciente baseada em experiências prévias no sistema de saúde (ASPINAL et al., 2003; CROW et al., 2002).

A possibilidade de viés nas pesquisas também é levantada em muitos trabalhos. O viés de gratidão representa o sentimento de dívida que os pacientes têm em relação ao serviço, deixando-os desconfortáveis para expressar seu possível descontentamento com algum quesito do atendimento (WILLIAMS; COYLE; HEALY, 1998). O viés de interesse pessoal é citado como possível modificador de resultado, pois o paciente relata maior satisfação para que não seja mal atendido no futuro, em função de uma possível avaliação negativa (SITZIA; WOOD, 1997). Além disso, o viés de aquiescência também deve ser levado em consideração, pois os pacientes tendem a concordar com o primeiro item da escala, independentemente do conteúdo da alternativa. Para tanto, o ideal é que o instrumento seja montado levando em conta essas características intrínsecas do ser humano (LOCKER; DUNT, 1978).

Ainda nesta questão conceitual, a satisfação do paciente pode ser originada de fatores externos ao serviço, não permitindo inferências diretas entre o grau de satisfação e a qualidade do serviço. Pacientes podem não ter expectativas sobre determinadas situações ou ainda adotarem posturas passivas em relação aos profissionais, pelo fato de não sentirem legitimidade na sua opinião. Essa sensação de “favor” faz com que os pacientes sintam-se obrigados a gostar do serviço, então somente quando o serviço apresentar pouquíssima qualidade é que os pacientes vão expressar sua insatisfação (WILLIAMS, 1994).

Altos níveis de satisfação relatados pelos pacientes devem ser analisados com critério, pois podem não ter relação com uma avaliação ou uma experiência positiva no serviço. Isso porque o usuário pode não se sentir implicado com o serviço ou ainda não estar incomodado o bastante para reclamar ou pontuar aspectos que estão em desacordo com suas expectativas. Índices de insatisfação, no entanto, podem ser mais úteis como uma indicação de um nível mínimo de experiência negativa, visto que o usuário relata sua insatisfação quando de fato acontecer algo que o desagrada (WILLIAMS; COYLE; HEALY, 1998).

Esses vieses e as fraquezas levantadas na literatura não devem desmotivar o pesquisador a utilizar a satisfação do usuário como uma boa medida de avaliação do serviço - pois a opinião dos usuários precisa ser valorizada e estimulada -, mas precisam ser levadas em consideração no momento da elaboração da pesquisa e da



análise dos resultados e por isso foram apresentadas nessa pesquisa.

## 2.5 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no Brasil as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Este sistema deve ser descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; prover atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; contando sempre com a participação da comunidade. A assistência à saúde, no entanto, é livre à iniciativa privada e as instituições privadas podem participar de forma complementar ao sistema único de saúde (BRASIL, 1988).

Todavia, o que se percebe no sistema de saúde brasileiro é uma rede complexa de serviços complementares e competitivos, formando um sistema misto público-privado. O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público (Sistema Único de Saúde - SUS), um sistema nacional de saúde em que os serviços são financiados e prestados pelo Estado; o subsetor privado, com fins lucrativos e sem fins lucrativos; e o subsetor seguro de saúde privado, com formas diferentes de planos de saúde. Os componentes públicos e privados do sistema são distintos, mas interligados, e as pessoas podem utilizar os serviços em todos os três setores, dependendo da facilidade de acesso ou sua capacidade de pagamento (PAIM et al., 2011).

Embora façam parte de um mesmo sistema de saúde, o setor público e o setor privado apresentam suas particularidades, com processos específicos e orientados por lógicas peculiares. O setor privado é orientado pelos princípios da eficiência, lucro e autonomia, em função da negociação livre entre oferta e demanda, com a concorrência existente. Já o setor público está embasado no modelo de bem-estar social, com valores de solidariedade, distribuição universal, equitativa e integral da atenção à saúde. Avaliar a qualidade do atendimento não eliminará suas especificidades, porém os padrões de qualidade não deveriam ser distintos (FINKLER; CASTRO, 2009; MALIK, 1996). Um exemplo é a determinação do profissional pelo gestor no serviço público: o usuário não tem a opção de escolha, mas o profissional deve atender com a mesma qualidade técnica e interpessoal que

o profissional do serviço privado, sendo capacitado e estimulado pelo gestor. Sabe-se também que o comportamento dos profissionais e a natureza da relação paciente-profissional são afetados por incentivos e regulações inerentes aos diferentes sistemas de saúde (CROW et al., 2002).

O setor público tinha o estereótipo de não avaliação dos trabalhadores, sem consequências em caso de perda da clientela e com uma organização burocrática e por vezes autocrática (MALIK, 1996). O Estado, no entanto, está trabalhando para a mudança desta visão e desses comportamentos na medida em que programas estão sendo criados para avaliação sistemática dos serviços. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e a Programa Nacional de Melhoria do Acesso da Qualidade da Atenção Básica são dois exemplos de ações que estão sendo desenvolvidas para avaliar os serviços públicos, com o objetivo de qualificar a atenção. Em ambos os programas, a satisfação do usuário é uma das formas de avaliação da qualidade dos serviços, trazendo a visão do usuário de maneira complementar a avaliação normativa dos serviços públicos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012). A expansão da atenção básica também está fazendo com que o padrão de utilização dos serviços públicos seja modificado. O acesso tem aumentado, tanto para os usuários exclusivos do SUS quanto para os usuários de outros tipos de serviço (plano de saúde ou serviço particular). Entre idosos, houve um aumento de consultas médicas de 21% em 10 anos (1998-2008), com clara predominância (72%-75%) de usuários exclusivos do SUS (LIMA-COSTA et al, 2011). Apesar destes esforços relativamente recentes, alguns autores esperavam maior insatisfação dos usuários em relação aos serviços que lhes são oferecidos, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, onde o acesso a serviços de saúde ainda não está ao alcance de todos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Existem diferentes padrões de associação entre utilização e satisfação dependendo da inter-relação entre as circunstâncias do paciente e o contexto dos serviços. É importante distinguir as percepções quanto às alternativas para obter serviços de saúde pelos pacientes, bem como comparar tipos de organização de saúde e categorias de utilização de serviços (preventivos ou curativos) (PASCOE, 1983). Isso implica na dificuldade de alguns usuários realizarem a troca de serviço ou profissional no SUS, onde o território é adscrito e a população não tem muita liberdade para realizar a escolha do profissional.

As características socioeconômicas dos pacientes que utilizam os diversos

tipos de serviços também são distintas. O tipo de serviço está associado às condições socioeconômicas de que os utiliza. Negros e pobres tem mais chance de utilizar o serviço odontológico público que os brancos e ricos (OR=2,41 IC 95% 1,29-4,50 e OR=3,87 IC 95% 1,77-8,46, respectivamente). Entre os usuários do SUS, a baixa escolaridade também é característica da maioria da população atendida (PINTO; ABREU; VARGAS, 2014; SILVA et al., 2011).

Cabe ressaltar também o alto índice de utilização de serviços privados na Odontologia. O atendimento odontológico no Brasil para indivíduos de 18 anos ou mais, em 2013, ocorreu preponderantemente em consultório particular ou clínica privada, totalizando 74,3% dos atendimentos. As unidades básicas de saúde foram responsáveis por apenas 19,6% dos atendimentos (IBGE, 2015).

Além das características peculiares em relação à clientela de cada tipo de serviço, no serviço público o poder de pressão dos usuários é indireto (através do controle social ou ouvidoria) e não há concorrência entre as unidades públicas. As avaliações da satisfação atuam como instrumento para dar voz aos usuários, permitindo expressão para monitorar e controlar as atividades dos serviços públicos de saúde, fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercendo controle social (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Comparando a satisfação entre os atendimentos públicos versus privados no Brasil, os pacientes que utilizaram serviços ambulatoriais do SUS apresentaram maior insatisfação em relação ao serviço de saúde, ao profissional e à resolutividade do problema de saúde. No estudo de Gouveia e colaboradores (2005), em consonância com o de Passero (2013), o tempo de espera foi o item que gerou maior insatisfação, assim como o fato de ter sofrido algum tipo de discriminação, principalmente por pobreza ou classe social (GOUVEIA et al., 2005).

Na Ouvidoria do SUS, os fatores que mais interferiram na avaliação dos usuários em relação ao serviço foram: não ter sua demanda atendida (OR 3,66 IC95%: 3,13 – 4,27), tempo de espera maior que 4 horas (OR 2,82 IC95%: 2,33 – 3,43) e não ser atendido pela ESF perto de casa (OR 1,47 IC95% 1,33 – 1,62). A idade (21 a 30 anos) (OR 1,57 IC95% 1,39 – 1,76) e a maior escolaridade (OR 1,49 IC95% 1,00 – 2,28) também contribuíram na insatisfação de maneira significativa. Pode-se concluir que a acessibilidade, adequação da estrutura física e conforto da Unidade estão associados à satisfação. Além disso, ter sua demanda atendida gera mais satisfação, pois os usuários percebem a utilidade e resolutividade do serviço,

as quais são muito valorizadas pelos mesmos (PASSERO, 2013).

Outros estudos levantaram os motivos da insatisfação no SUS. Além do tempo de espera para atendimento, que esteve sempre entre as razões apresentadas pelos usuários, os principais motivos de insatisfação foram o baixo número de vagas para atendimento, a falta de cobertura para determinados procedimentos, a impossibilidade de escolha do profissional, além do pouco tempo para a consulta. Ao comparar com os serviços privados, todos os aspectos analisados – tempo de espera, ser tratado com educação e respeito, clareza nas explicações, tempo para questionamento, possibilidade de escolha e informação sobre o tratamento, liberdade de escolha do profissional, e aspectos estruturais - foram piores no SUS (GOUVEIA et al., 2005; MOIMAZ et al., 2010).

## *2.6 SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS*

Os serviços odontológicos apresentam particularidades e por isso merecem uma atenção específica para entender quais fatores influenciam mais na satisfação.

A acessibilidade e disponibilidade do dentista nos finais de semana e feriado (51%) e o tempo de espera para o atendimento (27%) foram os índices com maior insatisfação. Outros fortes preditores de insatisfação, além da acessibilidade, foram competência técnica e receber informação do dentista. Esses dados demonstram como o atendimento a situações de emergência influencia a avaliação geral dos pacientes sobre o serviço (WILLIAMS; CALNAN, 1991).

A qualidade dos serviços odontológicos especializados de um município de grande porte do Brasil recebeu avaliações positivas pela maior parte dos usuários exceto no quesito acessibilidade, com 52,5% de avaliações negativas, relacionada com a dificuldade de agendamento e demora do atendimento. Os autores sugerem que a qualidade percebida tende a estar muito mais relacionada à maneira como o usuário é acolhido do que com os aspectos técnicos da assistência (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010).

Em consulta odontológica para procedimento restaurador, foram encontrados três componentes relacionados à satisfação: relacionamento interpessoal/conforto durante o procedimento, possibilidade de escolha de materiais e fatores sensório-avaliativos (dor, desconforto/sensibilidade pós tratamento). Em relação ao tipo de serviço, a satisfação foi maior entre os pacientes que receberam cuidados em um

modelo de prática privada (RILEY et al., 2012).

Entre adolescentes, os determinantes da satisfação com o sistema de saúde podem ser diferentes dos fatores avaliados pelos adultos, merecendo avaliação específica (LITT, 1998). A relação paciente-profissional aparece como principal motivo de satisfação, além do pouco tempo de espera e do atendimento minucioso (FREED et al., 1998; LITT, 1984; OKULLO; ASTROM; HAUGEJORDEN, 2004). A qualidade do cuidado, os custos e complicações pós-operatórias foram elencadas pelos adolescentes como diferenças significativas entre os serviços públicos e privados, apresentando melhor qualidade e menos complicações no serviço privado e menor custo no público (AL-HUSSYEEN, 2010). Esse resultado não foi confirmado por Okullo e colaboradores (2004), que não encontraram diferença significativa entre os serviços públicos e privados quanto à satisfação dos jovens.

Considerando os idosos, a relação entre satisfação e tipo de serviço também é controversa. Em um estudo, os usuários do SUS estavam mais satisfeitos do que os do serviço privado e convênios/plano de saúde (OR=1,07 IC 95%= 1,01-1,12) (RODRIGUES et al., 2012). Já no outro estudo, com metodologia semelhante, os resultados foram distintos ao anteriormente apresentado. Os usuários do SUS apresentaram mais insatisfação, comparando com idosos que utilizavam serviços particulares ou convênios para tratamento odontológico. Não houve associação entre tempo da última consulta, renda ou CPO-D, apenas em relação ao sexo e escolaridade, onde homens com maior escolaridade apresentaram maior insatisfação (MARTINS et al., 2014). Diante da falta de consenso, mais estudos são necessários para identificar os determinantes e modificadores da satisfação dos usuários, levando em conta as particularidades dos usuários e dos serviços.

### 3 HIPÓTESE

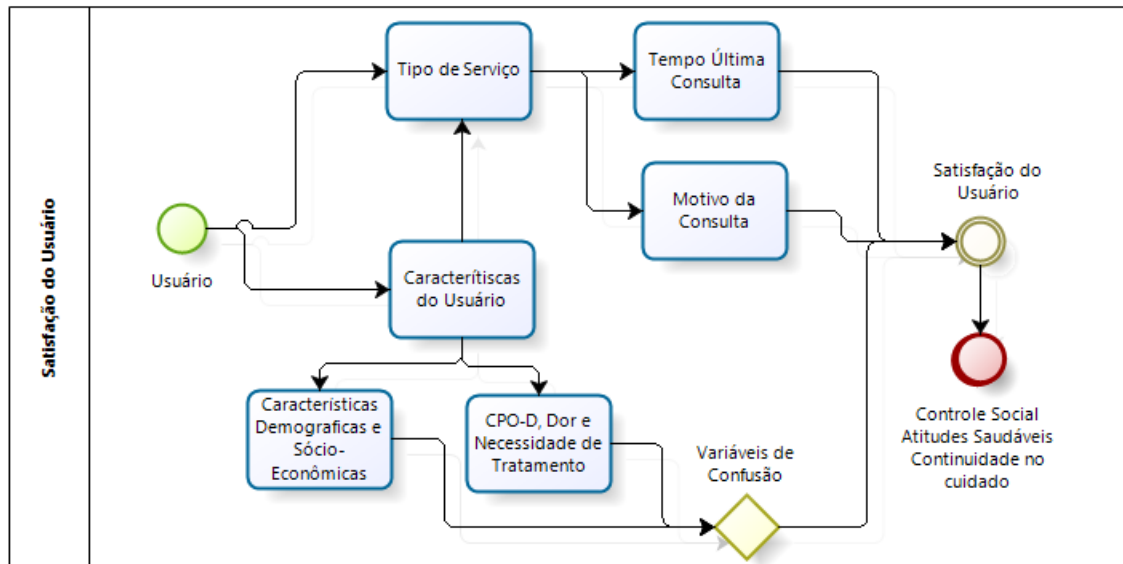
Supõe-se que o tipo de serviço (público, privado ou plano de saúde) influencia a satisfação do usuário, sendo o serviço público responsável por uma maior insatisfação em relação aos demais serviços.

Essa associação é mediada por características de utilização do serviço, como frequência e motivo da consulta e ainda por características dos usuários, como condição demográfica (sexo), socioeconômicas (renda, nível de escolaridade) e status de saúde (CPO-D, dor, necessidade de tratamento autopercebida).

De acordo com a hipótese apresentada, os indivíduos que utilizam o serviço público utilizam-no com menor frequência (última consulta há mais de três anos) e por motivos relacionados mais à doença (dor, necessidade de tratamento) do que à saúde (manutenção/revisão). Supõe-se que os usuários do serviço público não mantenham uma fonte regular de cuidado, com menor acessibilidade, além de não poderem escolher qual profissional irá prestar o atendimento. As piores condições socioeconômicas fazem com que esses indivíduos preocupem-se menos com seu status de saúde, influenciando as condições clínicas (CPO-D e necessidade de tratamento autopercebida) e o motivo pelo qual foram ao dentista, refletindo na insatisfação dos mesmos.

As características demográficas e socioeconômicas serão consideradas como covariáveis ou ainda variáveis de confusão. As mulheres, por exemplo, tendem a procurar mais o serviço, influenciando de maneira indireta a satisfação, na medida em que a frequência de utilização estará aumentada. A idade será considerada um modificador de efeito e por isso cada grupo será avaliado separadamente, pois idosos tem maior CPO-D e também tendem a apresentar maiores níveis de satisfação, conforme a revisão da literatura.

O esquema a seguir apresenta as possíveis associações entre as variáveis apresentadas anteriormente.



**Figura 2** - Hipótese a ser testada em relação à Satisfação do Usuário.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

- Estudar a satisfação dos usuários de serviços odontológicos em relação à última consulta odontológica no Brasil, em 2010.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a satisfação dos usuários com serviços odontológicos no Brasil, em 2010.
- Descrever a satisfação dos usuários com serviços odontológicos de acordo com características demográficas (i.e. sexo e faixa etária) no Brasil, em 2010.
- Descrever a satisfação dos usuários com serviços odontológicos de acordo com fatores socioeconômicos (i.e. renda, nível educacional) no Brasil, em 2010.
- Descrever a satisfação dos usuários com serviços odontológicos segundo características do uso dos serviços (i.e. motivos, tempo desde a última consulta) no Brasil, em 2010.
- Analisar a associação da satisfação dos usuários com o tipo de serviço acessado (público, privado e plano de saúde).
- Analisar as associações das covariáveis em relação aos resultados principais da satisfação do usuário.



## 5 MÉTODOS

Esse estudo transversal utilizou o banco de dados do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2010.

No ano de 2010, foi realizado o mais recente levantamento epidemiológico – SB Brasil 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal -, nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais. Foram examinados 37.519 indivíduos que se enquadravam às faixas etárias sugeridas pela OMS de: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Neste projeto, entretanto, foram analisados apenas as faixas etárias correspondentes aos adolescentes, adultos e idosos.

Os objetivos principais do SB Brasil 2010 foram: conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. Para tanto, buscou-se estimar a prevalência das principais doenças da cavidade oral (cárie, doença periodontal, oclusopatias, fluorose, traumatismo dentário) e as necessidades de tratamento de grupos etários de referência, além da obtenção de dados que contribuíssem para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os riscos à saúde bucal (BRASIL, 2011).

Para pesquisa da condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal foi utilizado questionário composto por três blocos: (a) caracterização demográfica e socioeconômica; (b) utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida; (c) autopercepção e impactos em saúde bucal (Anexo A). As perguntas foram aplicadas ao responsável pelo domicílio para obtenção de informações relativas à família e aos menores de idade e ao próprio indivíduo examinado quando maior de idade (BRASIL, 2011).

### 5.1 PLANO AMOSTRAL

A população estudada passou por um processo de amostragem de acordo com o domínio geográfico, utilizando como modelo geral a amostragem por

conglomerados em múltiplos estágios, sendo que as unidades amostrais foram sorteadas com probabilidade proporcional ao número de domicílios existentes em cada uma. No primeiro estágio foram sorteados 30 setores censitários para cada capital e trinta municípios para o interior de cada uma das 5 regiões do país. No segundo estágio foram sorteados os domicílios nas amostras das capitais e dois setores censitários dos municípios que compunham a amostra do interior. No terceiro estágio, apenas para o interior, selecionaram-se de forma aleatória os domicílios em cada setor censitário sorteado anteriormente. Nas amostras de domicílios, todos os elementos considerados elegíveis, de acordo com o grupo etário, foram entrevistados e examinados. Desta forma, a probabilidade de um indivíduo ser selecionado é a mesma que seu domicílio (SILVA; RONCALLI, 2013).

Os critérios de inclusão para os usuários foram: idade entre 5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos e ser um residente permanente do setor censitário selecionado. Os indivíduos com deficiências cognitivas e/ou mental foram excluídos.

No SB2010, os valores encontrados relativos ao tamanho da amostra foram ajustados para populações finitas considerando-se a média populacional em cada domínio. Este ajuste se fez necessário porque, para os municípios de menor porte, particularmente até 10 mil habitantes, o tamanho da amostra corresponde a uma proporção elevada da população (em alguns casos o tamanho da amostra ultrapassa o próprio tamanho populacional). Em função disso, foram utilizados pesos amostrais e efeitos de delineamentos (deff), pois a diferença na composição etária nos endereços de base utilizada resultou em unidades primárias desiguais em um mesmo domínio (SILVA; RONCALLI, 2013).

## 5.2 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados do SB Brasil 2010 foi utilizado um questionário com perguntas fechadas. A estratégia de aplicação do questionário incluiu o preenchimento do questionário pelo examinador, após leitura e assinatura do termo de consentimento. Visando à qualificação das atividades desenvolvidas, foram elaborados manuais para os supervisores, aplicadores, revisores e digitadores. Não foram tomadas medidas adicionais para controle da qualidade no SB, além da

confiabilidade para medidas clínicas, treinamento e máscaras de digitação nos tablets.

### 5.3 DESFECHO

A variável de desfecho foi satisfação do usuário relacionada aos serviços odontológicos brasileiros no ano de 2010. Os dados referentes à satisfação do usuário foram coletados por um examinador no domicílio do entrevistado, durante o Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2010, através de um questionário utilizando a seguinte questão: *O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?* As opções de respostas estavam em escala do tipo Likert: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim, Muito Ruim.

### 5.4 COVARIÁVEIS E EXPOSIÇÃO DE INTERESSE

A principal variável de exposição deste estudo foi o tipo de serviço odontológico utilizado e as covariáveis: o motivo da última consulta odontológica, a necessidade de tratamento percebida e a frequência do uso de serviços odontológicos. Estas variáveis foram coletadas durante a aplicação do questionário, através das seguintes perguntas: *Onde foi a sua última consulta?* Serviço público; Serviço particular; Plano de Saúde ou Convênios; Outros. *O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?* Não ou Sim. *Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?* Menos de um ano; Um a dois anos; Três anos ou mais; *Qual o motivo da sua última consulta?* Revisão, prevenção ou check-up; Dor; Extração; Tratamento; Outros;

Também foram avaliadas as potenciais variáveis de confusão: sexo, renda e escolaridade.

### 5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esse projeto foi aprovado pela a Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS (nº 28.073).

Para a realização do Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2010 o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, sendo aprovado em 07/01/2010, número de registro de 15.498, de acordo com a resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes do projeto SB Brasil 2010 (ANEXO B).

## 5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises foram feitas separadamente para cada faixa etária. Foram realizadas análises bivariadas entre a satisfação do usuário e covariáveis para testar sua associação com o teste do qui-quadrado de Pearson ponderado por peso amostral. Foi utilizado procedimento passo-a-passo (stepwise) para a inclusão da variável independente, de acordo com o p-valor menor e foram mantidos no modelo final as variáveis com  $p < 0,05$ . Análises de regressão logística ordinal foram realizadas, ajustadas pelo modelo de Chances (Odds) Proporcionais Parciais de acordo com Hosmer e Lemeshow para as variáveis que violaram o pressuposto de ordinalidade (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Para os ajustes finais do modelo, quatro regressões logísticas binárias com diferentes pontos de corte na variável dependente foram rodadas. O teste de ajuste de modelo de Hosmer e Lemeshow foi aceitável para a maioria dos modelos de regressão, tendo sido violado o pressuposto de ordinalidade apenas para as variáveis: necessidade de tratamento, intensidade da dor, escolaridade e frequência de uso de serviços odontológicos.

As interações múltiplas entre a satisfação do usuário com o tipo de serviço odontológico foram testadas com as seguintes variáveis: CPO-D, dor nos últimos seis meses, o motivo da última consulta odontológica, necessidade de tratamento percebida, uso de serviços odontológicos, frequência do uso de serviços odontológicos, sexo, escolaridade e renda.

A edição e análise de dados foram realizadas utilizando-R Versão 3.1.2.

## 6 RESULTADOS

Artigo formatado para submissão de acordo com as normas da Revista Community Dentistry and Oral Epidemiology.

**User's satisfaction with public and private dental services, in different age groups, in Brazil.**

**ABSTRACT**

Objective: to study the association between user's satisfaction with different types of dental services and to describe levels of user's satisfaction in different age group, in a representative sample of Brazil. Methods: This work is based on a country wide cross-sectional population-based study (SB 2010), which evaluated adolescents, adults and elders in 177 Brazilian cities. Sampling process followed a cluster design in two stages. The individuals were interviewed and examined by a trained field dentist that used a structured questionnaire comprising closed questions. The outcome variable was user satisfaction related to last dental visit (five-level Likert-type scale). The main exposure variable was the type of dental service (public service, particular service, health plan or insurance). The independent variables were DMFT, pain intensity in the last six months, the reason for the last dental visit, perceived need for treatment, frequency of dental services use, sex, equivalent income and educational level. Ordered logistic regression analyses were performed separately for each age group. Results: Few participants evaluated the services as poor or very poor (4.3% of adolescents, 6.1% of adults and 4.1% of elders). In crude model, use of public service was associated with more dissatisfaction than private and health plans among all groups. However, after adjusting by covariates, only in adolescents the difference remained to private service (OR=0.75 IC 95%=0.68-0.87) and to health plan (OR=0.77 IC95%=0.62-0.96), with less chance of dissatisfaction than users of public services. Conclusion: Dental visits in public service were associated with more dissatisfaction for adolescents. We can speculate that the difference in satisfaction between services is the result of differences in physical structure, patient-professional relationship, or even solving capacity of the service. Public services may be focused on issues related to children, adults and elders, and not to the adolescent audience, which has specific demands.

**Keywords:** user satisfaction; patient satisfaction; dental service; evaluation; types of service.

## INTRODUCTION

Health services should be evaluated frequently to maintain or improve their quality levels. User satisfaction appears as one way of assessing the quality of health care, being an important outcome indicator (1). Also it has been used to evaluate the communication between the professional and the patient, and to assist in choosing appropriate alternatives to organize the health care provision (2). User satisfaction is also an important health behavior predictor, as well as a determinant in service utilization (3). Dissatisfied patients may create a resistance in following professional's orientations, decrease the compliance, and may not seek the same service for future references. User satisfaction is the best predictor of professional or health plan change (4, 5, 6, 7).

User satisfaction is considered an outcome related to the use of health services. It describes how the person perceived the service and the judgment about the care received, with the advantage that it is a personal evaluation in relation to the service and not only the normative or subjective perception of the patient clinical conditions (8). Determinants of patient satisfaction, could be classified as 1) characteristics of patients (sociodemographic characteristics, expectations and health status); 2) characteristics of providers (personality and technical quality); 3) aspects of the patient-professional relationship (communication) and 4) structural setting factors (accessibility, mode of payment, treatment length, waiting time) (3). All of those determinants are important, but few papers focus on services characteristics. Patient satisfaction includes user's view in the audit process and it confirms the importance of users in assessment of quality (9). It is particularly relevant in public service, as accountability of the public resources used. So, this assessment allows controlling and monitoring by its own users, strengthening the

community participation in planning and exercising social control (10).

The Brazilian health system is a complex network of complementary and competitive services, forming a public–private mix. The health system has three subsectors: the public subsector (Unified Health System - SUS), in which services are financed and provided by the state; the private subsector, for-profit and non-profit; and the private health insurance subsector, with different forms of health plans. The public and private components of the system are distinct but interconnected, and people can use services in all three subsectors, depending on ease of access or their ability to pay (11).

The use of public or private dental service could be associated with different levels of patient satisfaction because the differences of the services themselves, but also due to users characteristics (12, 13). In the private service, if the user is not satisfied with the provided service, she/he has the option to seek other professional as well as individuals covered by health insurance, contrasting with the Brazilian Public Health System (SUS), where mostly through Family Health Strategy, there is catchment area and the user is guided to consult specifically its health unit of reference. Therefore, the aim of this work is to describe levels of user's satisfaction in different age group and study the association of user satisfaction and different types of dental services, in a representative sample of Brazil.

## **MATERIALS AND METHODS**

This work is based on a country wide cross-sectional population-based study, with primary objective to describe oral health status and dental service use in Brazil, also known as SB2010. The sample comprised residents of 177 Brazilian cities in 2010, including all state capitals. The inclusion criteria were: aged 5, 12, 15-19, 35-



44 and 65-74 years and being a permanent resident of the selected census track. Individuals with cognitive disabilities and/or mental were excluded. In this study, were used only those who answered the questions about service satisfaction: adolescents, adults and elderly observations.

Sampling process followed a cluster design in two stages, in which primary sampling units were selected with probability proportional to the number of households. In the secondary sampling units, all eligible individuals, according to age group, were interviewed and examined by a trained dentist that used a structured questionnaire comprising closed questions. The potential “gratitude” bias was avoided as the survey was conducted in a different setting (residence). Sampling weights were produced to correct for unequal probability selection. (14).

Project was approved by the Ethics Committees in Research of the Ministry of Health registered as no. 15.498 and by the Faculty of Dentistry Research Committee from Federal University of Rio Grande do Sul as no. 28.073.

The outcome variable of this study, user satisfaction related to dental services, was collected using the following question: “What did you think about the treatment in the last visit?” The answer options were on a five-level Likert-type scale from “very good” to “very poor”. The main exposure variable, the type of dental service, was collected by the question: “Where was your last visit? A) public service; B) particular service; C) health plan or insurance; D) other”. The category other was excluded because there was small number of observations in this category.

The independent variables were DMFT, pain intensity in the last six months (six-point scale ranging from no pain to a severe pain), the reason for the last dental visit (prevention or check-up; pain; extraction; treatment), perceived need for treatment (no; yes) and use of dental services frequency (less than a year; one to

two years; three years or more) sex, equivalent income calculate as described in Celeste and Bastos (2013) (15) (categorized in minimum wages), and educational level (categorized in years of schooling, according to educational level).

### **Data Analysis**

All analyses were performed separately for each age group. Bivariate analyses were performed between user satisfaction and covariates to testing their association using Pearson's Chi-squared test using the sampling weights. All variable with  $p < 0.20$  were included in the multiple regression analyses. Stepwise procedure for inclusion of the independent variable was used, entering first the lowest p-value and keeping in the final model if  $p < 0.05$ . Ordered logistic regression analyses were performed, fitting partial proportional regression according to Hosmer and Lemeshow (16) for those covariates that violated proportional odds assumption. To assess the overall fit, we run four binary logistic regressions with varying cut off-points on the dependent variable.

Data edition and analysis were performed using R version 3.21.0.

## **RESULTS**

The SBBrasil 2010 evaluated 22,843 individuals in three age groups, but in this study we analyzed 19,586 participants, because 3,257 did not respond the question about type of service used in last dental visit. The response rate among those eligible was 77.89% for adolescents, 61.02% for adults and 93.86% for elders. Due to missing data in the main variable, 861 adolescents, 924 adults and 1,472 elders were not included in the final multiple regression model. The majority of the missing data was due to the closed household and not due the respondent's refusal.

Approximately 2% of non-responses were due to personal rejection.

Concerning adolescents, 48% of participants consulted in SUS while 40.2% used private service and only 11.7% of individuals accessed by health plan. Few participants evaluated the services as poor or very poor, just 2.9% and 1.4% respectively (table 1). In crude model, adolescents who consulted in private service or by health plan had better odds to dissatisfaction (OR= 0.52 IC 95%=0.46-0.60 e OR= 0.49 IC95%= 0.41-0.60, respectively). After adjusting by covariates, the difference remained, but lower (OR=0.75 IC 95%=0.68-0.87 e OR=0.77 IC95%=0.62-0.96, respectively) (table 2). There was no statistical significance ( $p>0.05$ , chi-square) between dissatisfaction and DFMT, sex or education, so they were removed from the final model. Among adolescents, levels of education are very similar, being collinear with age, then it dropped from final model.

Adults and elderly used more private service (45% and 56.5% respectively) than SUS (40.4% adults and 33.9% elders). Only 14.6% of adults and 9.6% of elders visited by health plan or insurance. Over 85% in both of age groups evaluated the services as good or very good (table 1). In the crude model, use of public service was associated with more dissatisfaction than private (OR= 0.71 IC 95%=0.65-0.77) and health plans (OR= 0.69 IC95%= 0.61-0.78) among adults. Similar results were found among elders. However, in the adjusted model, for both age groups the type of service lost the statistical significance (table 2). DFMT was removed from the final model in all groups and sex just to adolescents and adults.

## **DISCUSSION**

The type of dental service was associated to user's satisfaction only among the adolescents. In that age group, those visiting a dentist in private service had less chances of being dissatisfied when compared to visiting a public service.

Furthermore, being attended for more than a year and report pain was significantly associated with user's dissatisfaction.

In our study, all groups had low levels of dissatisfaction, independently of age. This result contrasted with others authors, as elderly are usually reported to have less dissatisfaction than other age groups (17, 18, 19). Explanations for elderly having less dissatisfaction include higher levels of tolerance; and also professionals may be more respectful and careful to serve this population. It can also be a cohort effect because elders have lower expectation based on prior experiences (20, 21). Or because the evaluation criteria is different due specific values of the cohort and the life cycle. Comparing with last cross-sectional population-based study (SB2003), the level of patient dissatisfaction among Brazilian elders has increased. In 2002, 4.5% of elders who used public service and 2.5% that used private/health plan evaluated as "poor" or "very poor" their last visit (13). In 2010, 5.3% of elders evaluated as "poor" or "very poor" in public service and 3.4% in private and 4.5% in health plan.

There was no statistical significant difference in the percentage of dissatisfaction among the three types of services in the adjusted model for the elderly and adults. Although we could not find studies among adults, similar studies among elderly presented conflicting results. While one study showed that dissatisfaction levels were higher among public service users in 2002 (13), another showed more dissatisfaction among private services users in 2008 (22). Such disparities of results might be explained due to differences in population context and time. For example, relations of users with health plans are relatively new in the Brazilian context and government regulations have been changing to adapt to user demands.

In this study, it is not possible to infer which dimension of satisfaction is more influenced by the type of services (public, private or health plan). We can rule out

sociodemographic characteristics as an explanation as our results were adjusted for them. Residual association can be related to the provider/service characteristics or its capacity of solve patients' complains (12). Additionally, there is evidence that the waiting time is an important factor for dissatisfaction in public services (23, 24). The liberty to choose the professional has also being mentioned as a reason for satisfaction (12), which does not occur in most public services that work under a specific catchment area. Health insurance patients can also choose a professional; explaining high levels of satisfaction, even higher than private services.

Adolescents that use public service are significantly more dissatisfied than those using private services and health plans. This may be so because the public service is oriented toward adults and the elderly needs or provide services in a way that does not fulfill adolescents' social values. If the adolescent does not feel accepted by the team or its expectation is not fully met, accessing the service might be more difficult. Beside, determinants of satisfaction may be different from adults to adolescents (25). The patient-professional relationship is mentioned as very relevant dimension of satisfaction for all age groups, but stronger among adolescents (26). Authors also emphasize the lack of specific attention for adolescents care and most professionals provide the same service to all age groups. To be able to create a bonding relationship between the professional and the patient, it is important to talk and to listen doubts and fears from adolescents. Perhaps, private or health plan professionals are able to have a more flexible agenda, attending more calmly adolescents and establishing a closer relationship. Besides relationship with providers, factors such as quality of care and less postoperative complications was better evaluated in private services and cost was the best factor of public services to adolescents (27).

This study had some limitations and strengths. First, this is a cross-sectional study so we cannot be sure about temporal order. Second, there may be the “gratitude bias”, because users may feel obliged to give a good evaluation to maintain the service. However, the fact that the interviewer was not part of the service team and the fact that it was a household survey reduces the possibility of such bias. A final limitation is that a global question mixes the multiple dimensions of satisfaction, so we cannot confirm which dimension (physical structure, patient-professional relationship or health problem solution) was most influenced by each type of service. A large and representative sample of country population; the possibility to control by potential associated factors and the evaluation of user’s satisfaction in different age groups are the strengths of this study.

Dental visits in public service were associated with more dissatisfaction among adolescents. Public services may focus on issues related to children, adults and elders and not to the adolescent audience, which has specific demands. Multidimensional and population-based instruments should be developed to assess and understand the differences among types of services and to tap each dimension of satisfaction and care.

### **Acknowledgments**

Author Luciane Maria Pilotto received financial support from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES-Brazil. Others authors have no financial relationships relevant to this article to disclose.

Conflicts of interest: The authors report no conflicts of interest related to this study.

## REFERENCES

1. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978 May 26; 200 (4344): 856–64.
2. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction : I-Important general considerations. *BMJ*. 1991 Apr 13; 302 (6781): 887–9.
3. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care : evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care*. 1988 Apr; 26(4), 383–92.
4. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983; 6(3-4):185–210.
5. Senf JH, Weiss BD. Patient satisfaction with health care: intentions and change in plan. *Eval Program Plann*. 1991;14:299–306.
6. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994 Feb; 38(4):509–16.
7. Albrecht G, Hoogstraten J. Satisfaction as a determinant of compliance. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998 Apr;26(2):139–46.
8. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997 May, 11(2): 203–9.
9. Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997, 45(12): 1829–43.
10. Esperidião M, Trad LA. User satisfaction assessment. *Cienc Saude Colet*. 2005, 10 Suppl: 303–12.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21; 377(9779): 1778–97.
12. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Junior PR, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saude Publica*. 2005; 21 Suppl: 109–18.
13. Martins AM, Jardim LA, Souza JG, Rodrigues CA, Ferreira CR, Pordeus IA. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? [Is the negative evaluation of dental services among the Brazilian elderly population associated with the type of service?] *Rev Bras Epidemiol*, 2014 jan/mar; 17(1): 71–90.
14. Silva NN, Roncalli AG. Sampling plan, weighting process and desing effects of the Brazilian Oral Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2013 Dec; 47 Suppl 3: 3–11.
15. Celeste RK, Bastos JL. Mid-point for open-ended income category and the effect of equivalence scales on the income-health relationship. *Rev Saude Publica*. 2013 Dec; 47 Suppl 3:168–71.
16. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. 2nd ed. New York: Wiley; 2000.

17. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med*. 1981 Sep;15(5): 557–64.
18. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990; 30(7):811–8.
19. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 2001 Feb;52(4):609–20.
20. Aspinall F, Addington-Hall J, Hughes R, Higginson IJ. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. *J Adv Nurs*. 2003 May;42(4): 324–39.
21. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32): 1-244.
22. Rodrigues CA, Silva PL, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AM. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. [Factors associated with satisfaction with dental services among the elderly]. *Rev Saude Publica*. 2012 Dec;46(6):1039–50.
23. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. [Satisfaction and perception of SUS users on the public health service] *Physis*. 2010; 20(4): 1419–40.
24. Passero LG. Insatisfação do usuário da atenção básica com o SUS - Análise multinível da pesquisa da ouvidoria [User dissatisfaction of primary care with the SUS - multilevel analysis of research ombudsman] [dissertation]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, 2013.
25. Litt IF. Satisfaction with Health Care: the adolescent's perspective. *J Adolesc Health*. 1998 Aug; 23(2): 59–60.
26. Okullo I, Astrom AN, Haugejorden O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Dec; 32(6):447–55.
27. Al-Hussyeen AJA. Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City. *Saudi Dent J*. 2010 Jan; 22(1):19–25.



Tables:

**Table 1:** Weighted percentage of user satisfaction with types of dental service in Brazil, 2010.

	Type of service	User Satisfaction (wheighted %)					Total
		Very good	good	Regular	Poor	Very poor	
Adolescent (15-19 years)	Total (n=4,584)	28.1	58.0	9.7	2.9	1.4	100
	Public	25.7	57.4	11.8	2.8	2.4	100
	Private	29.5	59.3	7.1	3.6	0.5	100
	Health plan	33.9	56.1	9.1	0.6	0.4	100
Adult (35-44 years)	Total (n=8,855)	28.0	57.0	8.9	3.3	2.8	100
	Public	25.9	57.1	9.4	4.2	3.3	100
	Private	27.9	57.9	8.8	2.7	2.8	100
	Health plan	35.3	52.7	7.3	3.3	1.4	100
Elder (65-74 years)	Total (n= 6,146)	28.4	57.4	10.1	3.3	0.8	100
	Public	26.3	59.7	8.8	4.3	1.0	100
	Private	29.2	56.4	10.9	2.8	0.6	100
	Health plan	33.8	58.4	3.2	3.8	0.7	100

Chi-square  $p < 0,01$

**Table 2:** Adjusted and crude odds ratio of user insatisfaction in dental services in Brazil, 2010.

	Type of service	Crude Model		Adjusted Model	
		OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
Adolescent (15-19 years)	Public	1		1	
	Private	0.53	(0.46-0.60)	0.75	(0.65-0.86)
	Health Plan	0.49	(0.41-0.60)	0.79	(0.64-0.98)
Adult (35-44 years)	Public	1		1	
	Private	0.71	(0.65-0.77)	0.96	(0.87-1.06)
	Health Plan	0.69	(0.61-0.78)	1.10	(0.96-1.26)
Elder (65-74 years)	Public	1		1	
	Private	0.75	(0.68-0.84)	1.05	(0.92-1.19)
	Health Plan	0.72	(0.60-0.86)	1.23	(0,99-1.51)

\* Adjusted by sex, equivalent income, educational level, reason of dental visit, pain intensity, perceived need for treatment and use of dental services frequency.

## CHECK-LIST STROBE

	Item No	Recommendation	Reported on page:
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	Ok, page 38
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	Ok, page 39
<b>Introduction</b>			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	Ok, page 40
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	Ok, page 40
<b>Methods</b>			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	Ok, page 40
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	Ok, page 41
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up	NA
		<i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls	NA
		<i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	Ok, page 41
		(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed	NA
		<i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	NA
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	Ok, page 41
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	Ok, page 41

Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	Ok, page 41
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	Ok, page 41
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	Ok, Page 42
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	Ok, Page 42
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	Ok, Page 42
		(c) Explain how missing data were addressed	
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed	NA
		<i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed	NA
		<i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	
<b>Results</b>			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	Ok, page 42
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	Ok, page 42
		(c) Consider use of a flow diagram	No
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	Ok, page 43
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	Ok, page 43
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	NA
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	NA
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	NA
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	Ok, page 43
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders	Ok, page 43

		were adjusted for and why they were included	
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	Ok, page 43
<b>Discussion</b>			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	OK, Page 43, 44
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	Ok, Page 46
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	Ok, page 46
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	Ok, page 46
<b>Other information</b>			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	Ok, page 46

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A satisfação do usuário é um importante preditor de comportamentos de saúde, de complacência e de troca/manutenção dos profissionais (PASCOE, 1983) e por esses motivos deve ser utilizada como instrumento de controle social, na busca pela melhoria da qualidade dos serviços.

Essa pesquisa teve como ponto forte a comparação entre os diversos tipos de serviços em três faixas etárias. No Brasil, encontramos diversas referências a respeito do Sistema Único de Saúde, suas particularidades e deficiências (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010; MOIMAZ, 2010; PASSERO, 2013). No entanto, só é possível comparar com os demais tipos de serviços (privados e planos de saúde) com estudos realizados com amostra mais ampla, como este. Ao realizar essa comparação, em caráter nacional, foi possível concluir que existem diferenças entre os serviços e que principalmente os adolescentes percebem o serviço público como de menor qualidade.

Sabemos que a estética é um fator importante para os adolescentes e no SUS isso não é considerado prioridade, ainda que se leve em conta o princípio da integralidade. A Ortodontia, por exemplo, não está ao alcance de todos via SUS. Talvez essa seja a principal diferença em relação ao motivo da consulta dos adolescentes no serviço privado ou plano de saúde versus SUS. Na classificação do SB Brasil, não sabemos, por exemplo, como os usuários informaram a consulta ortodôntica: revisão ou tratamento. E isso pode explicar a maior insatisfação com o SUS. Na recente Pesquisa Nacional de Saúde (2013), apenas 0,8% dos indivíduos maiores de 18 anos consultaram nos Centros de Especialidades Odontológicas e 73,1% em consultórios e clínicas particulares (IBGE, 2015). Esses dados demonstram a dificuldade em acessar a atenção secundária (especialistas) via SUS. A dificuldade de agendamento e demora no atendimento foram elencadas como principais motivos de insatisfação na avaliação dos usuários, corroborando com a ideia da necessidade de ampliar o acesso ao tratamento especializado no SUS (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010).

Outro fator importante na satisfação é a relação paciente-profissional. Os profissionais da rede pública podem não estar atuando de maneira acolhedora e humanizada para com os adolescentes. Sabemos que o cirurgião-dentista tem um papel fundamental no acolhimento dessa parcela da população, que pode acessar o

serviço através do cirurgião-dentista e ter outras necessidades sanadas, com um trabalho multidisciplinar da equipe de saúde. Nesse contexto, é primordial que as equipes trabalhem integradas, pensando na melhor abordagem do adolescente, fazendo com que se crie uma rede de apoio ao adolescente, para que ele conheça o funcionamento da Unidade de Saúde e crie vínculos com os profissionais.

A mudança da expectativa do paciente em relação ao serviço pode reduzir a insatisfação e por isso é importante melhorar a divulgação dos procedimentos realizados no serviço, os meios de acessá-lo e ainda quais são os objetivos do serviço e como eles foram elencados como prioridade. Para os adolescentes isso é particularmente importante, pois eles estão começando a utilizar individualmente os serviços e talvez não conheçam ou entendam o funcionamento do serviço público, com suas regras e características peculiares. Pascoe (1983) afirma que quanto mais experiência o paciente tem no serviço, melhores serão os critérios de julgamento utilizados para avaliar o serviço e menor a interferência de fatores pessoais.

Diante da literatura utilizada como referencial teórico e das análises estatísticas realizadas, é possível concluir que as diferenças entre os tipos de serviços podem refletir diferentes níveis de satisfação entre adolescentes, mas não em adultos e idosos.

Percebe-se a necessidade do desenvolvimento de um instrumento multidimensional capaz de avaliar e transparecer as diferenças entre os tipos de serviços em cada dimensão da satisfação do usuário. É necessário também que o serviço público esteja atento às necessidades de todos os grupos etários e não apenas aos grupos prioritários, ainda que haja uma priorização de acesso aos grupos etários com maior necessidade.

## REFERÊNCIAS

- AL-HUSSYEEN, A. J. A. Factors affecting utilization of dental health services and satisfaction among adolescent females in Riyadh City. **Saudi Dent. J.**, Riyadh, v. 22, no. 1, p. 19–25, Jan. 2010.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Adv. Dent. Res.**, Washington, v. 11, no. 2, p. 203–209, 1997.
- ASPINAL, F. et al. Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 42, no. 4, p. 324-339, May 2003.
- BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. **Int. J. Qual. Health Care**, Kidlington, v. 13, n. 4, p. 317–323, Aug 2001.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988, art. 196-199.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS**. Edição 2004/2005. Brasília, 2004, p.3.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010**: pesquisa nacional de saúde bucal - resultados principais. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, 2012.
- COHEN, G. Age and health status in a patient satisfaction survey. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 42, n. 7, p. 1085–1093, 1996.
- CROW, R. et al. The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. **Health Technol. Assess.**, Winchester, v. 6, no. 32, p.1-244, 2002.
- DAVIES, A. R.; WARE, J. E. J. Measuring patient satisfaction with dental care. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 15A, p. 751–760, 1981.
- DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, New York, v. 200, no. 4344, p. 856–864, May 1978.
- DONABEDIAN, A. **An introduction of quality assurance in health care**. Oxford. New York. 2003. 196 p.
- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. User satisfaction assessment. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl, p. 303–312, 2005.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267–1276, 2006.

FINKLER, M.; CASTRO, R. G. A relação público-privado na odontologia brasileira. **R. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v.2, p. 91–112, 2009.

FITZPATRICK, R. Surveys of patient satisfaction : I-Important general considerations. **BMJ**, London, v. 302, no. 6781, p. 887–889, Apr 1991a.

FITZPATRICK, R. Surveys of patient satisfaction : II-Designing a questionnaire and conducting a survey. **BMJ**, London, v. 302, no. 6785: 1129-1132, May 1991b.

FITZPATRICK, R.; HOPKINS, A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. **Sociol. Health Illn.**, Henley-on-Thames v. 5, no. 3, p. 297–311, nov. 1983.

FOX, J. G.; STORMS, D. M. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. **Soc. Sci Med**, Oxford, v. 15, no. 5, p. 557–564, Sep 1981.

FREED, L. H. et al. Determinants of adolescents' satisfaction with health care providers and intentions to keep follow-up appointments. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 22, no. 6, p. 475–479, June 1998.

GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, Supl, p. 109–118, 2005.

HALL, J. A; DORNAN, M. C. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 27, no. 6, p. 637–644, 1988.

HALL, J. A; DORNAN, M. C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 30, no. 7, p. 811–818, 1990.

HARTZ, Z. M. de A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implementação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, 132p.

HOSMER, D.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: Willey, 2000. 373 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde PNS 2013**. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência. Rio de Janeiro, 2015, 100 p.

JACKSON, J. L.; CHAMBERLIN, J.; KROENKE, K. Predictors of patient satisfaction. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 52, no. 4, p. 609–620, Fev. 2001.



JUNQUEIRA, L. A. P.; AUGÉ, A. P. F. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. **Cad. FUNDAP**, São Paulo, p. 60–78, 1995.

LIMA, A. C. S. de; CABRAL, E. D.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 991–1002, 2010.

LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 9, p. 3689–3696, 2011.

LINDER-PELZ, S. U. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypotheses. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 16, no. 5, p. 583–589, 1982a.

LINDER-PELZ, S. U. Toward a theory of patient satisfaction. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 16, no. 5, p. 577–582, 1982b.

LITT, I. F.; CUSKEY, W. R. Satisfaction with health care a predictor of adolescents' appointment keeping. **J. Adolesc. Health Care**, New York, v. 5, no.3, p. 196–200, July 1984.

LITT, I. F. Satisfaction with health care: the adolescent's perspective. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 23, no.2, p. 59–60, Aug 1998.

LOCKER, D.; DUNT, D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. **Soc. Sci. Med**, Oxford, v. 12, n. 4A, p. 283–292, July 1978.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad FUNDAP**, São Paulo, v. 19, p. 7–24, 1996.

MÅRTENSSON, C. et al. Expectations and satisfaction with care for periodontal specialist patients. **Acta Odontol. Scand.**, Oslo, v. 71, no. 3-4, p. 799–806, May-June 2013.

MARTINS, A. M. E. de B. L. et al. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v 17, n.1, p. 71–90, Jan-Mar 2014.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419–1440, 2010.

OKULLO, I.; ASTROM, A. N.; HAUGEJORDEN, O. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 32, no. 6, p. 447–455, Dec. 2004.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London, v. 377, no. 9779, p. 1778–1797, May 2011.

PASCOE, G. C. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. **Eval. Program Plann.**, Elmsford, v. 6, no. 3-4, p. 185–210, Jan. 1983.

PASSERO, L. G. **Insatisfação do usuário da atenção básica com o SUS** - Análise multinível da pesquisa da ouvidoria. Dissertação (Mestrado Profissional) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PINTO, R. da S.; ABREU, M. H. N. G.; VARGAS, A. M. D. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. **BMC oral health**, London, v. 14, no. 100, p.1-13, Aug. 2014.

RILEY, J. L. et al. Concordance between patient satisfaction and the dentist's view: findings from The National Dental Practice-Based Research Network. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 145, no. 4, p. 355–362, Apr. 2014.

RILEY, J. L.; GILBERT, G. H.; HEFT, M. W. Orofacial pain: patient satisfaction and delay of urgent care. **Public Health Rep.**, Rockville, v. 120, no. 2, p. 140–149, Mar.-Apr. 2005.

RILEY, J. L. R. et al. Components of patient satisfaction with a dental restorative visit: results from The Dental Practice-Based Research Network. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 143, no. 9, p. 1002–1010, Sep. 2012.

RODRIGUES, C. A. Q. et al. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1039–1050, Dec. 2012.

SENF, J. H.; WEISS, B. D. Patient Satisfaction With Health Care: Intentions and Change in Plan. **Eval. Program Plann.**, Elmsford, v. 14, p. 299–306, 1991.

SILVA, Z. P. da, et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Cien. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, no. 9, p. 3807–3816, 2011.

SILVA, N. N.; RONCALLI, A. G. Sampling plan, weighting process and desing effects of the Brazilian Oral Health Survey. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 47, Supl 3, p. 3–11, 2013.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient Satisfaction: a review of issues and concepts. **Soc. Sci Med.**, Oxford, v. 45, no. 12, p. 1829–1843, 1997.

SMITH, S. et al. **Health care evaluation**. Maidenhead: Open University Press, 2005. 208 p.

STEIN, A. T. et al. Who in Brazil has a personal doctor? **Family Practice**, Oxford, v. 16, no. 6, p. 596–599, 1999.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014. 110 p.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80–91, 1994.

WARE, J. E. et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. **Eval. Program Plann.**, Elmsford, v. 6, p. 247–263, 1983.

WEISS, G. L. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Med. Care**, Philadelphia, v. 26, no. 4, p. 383–392, Apr. 1988.

WHITFIELD, M.; BAKER, R. Measuring patient satisfaction for audit in general practice. **Qual. Health Care**, London, v. 1, no. 3, p. 151–152, Sep. 1992.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 38, no. 4, p. 509–516, Fev. 1994.

WILLIAMS, B.; COYLE, J.; HEALY, D. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 47, no. 9, p. 1351–1359, Nov. 1998.

WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 33, no. 6, p. 707–716, Jan. 1991.

**APÊNDICE A: Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa da distribuição das variáveis do estudo por faixa etária, no Brasil, em 2010.**

	<b>Adolescentes</b>	<b>Adultos</b>	<b>Idosos</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>N total</b>	5.445 (23,8)	9.779 (42,8)	7.619 (33,4)
<b>Satisfação com a consulta</b>			
Muito bom	1.073 (23,3)	2.270 (25,4)	1.663 (26,7)
Bom	2.885 (62,6)	5.247 (58,7)	3.684 (59)
Regular	466 (10,1)	961 (10,7)	628 (10,1)
Ruim	136 (3)	290 (3,2)	194 (3,1)
Muito ruim	50 (1,1)	175 (2)	70 (1,1)
<b>Sexo</b>			
Homens	2.497 (45,9)	3.374 (34,5)	2.903 (38,1)
Mulheres	2.948 (54,1)	6.405 (65,5)	4.716 (61,9)
<b>Escolaridade</b>			
0 a 4 anos	204 (3,8)	1.653 (17,1)	4.245 (57,2)
5 a 8 anos	1.821 (33,5)	2.718 (28)	1.568 (21,1)
9 a 11 anos	2.643 (48,7)	3.025 (31,2)	870 (11,7)
Mais de 11 anos	761 (14)	2.297 (23,7)	738 (9,9)
<b>Renda</b>			
Até ½ SM	785 (15,3)	1.227 (12,9)	502 (6,8)
Mais de ½ a 1 SM	2.057 (40,1)	3.321 (34,8)	1.941 (26,5)
Mais de 1 a 2 SM	1.408 (27,5)	2.840 (29,8)	3.091 (42,1)
Mais de 2 a 3 SM	282 (5,5)	739 (7,8)	703 (9,6)
Mais de 3 SM	592 (11,6)	1.408 (14,8)	1.100 (15)
<b>Tipo de Serviço</b>			
Público	2.207 (48,1)	3.574 (40,4)	2.084 (33,9)
Particular	1.842 (40,2)	3.986 (45)	3.472 (56,5)
Plano de Saúde	535 (11,7)	1.295 (14,6)	591 (9,6)
<b>Necessidade de Tto</b>			
Não	1.636 (31,2)	2.080 (21,8)	3.638 (48,9)
Sim	3.605 (68,8)	7.466 (78,2)	3.798 (51,1)
<b>Intensidade da Dor</b>			
Sem dor	4.103 (76,2)	7.324 (76)	6.354 (89,2)
Muito fraca	157 (2,9)	289 (3)	132 (1,9)
Fraca	246 (4,6)	388 (4)	155 (2,2)
Média	348 (6,5)	550 (5,7)	163 (2,3)
Forte	193 (3,6)	326 (3,4)	108 (1,5)
Muito forte	339 (6,3)	755 (7,8)	212 (3)
<b>Ida ao dentista</b>			
Menos de 1 ano	2.705 (58,4)	4.543 (51)	2.041 (33,7)
Entre 1 e 2 anos	1.251 (27)	2446 (27,5)	1.232 (20,4)

**Tabela 1** – Frequência absoluta e relativa da distribuição das variáveis do estudo por faixa etária, no Brasil, em 2010 (cont).

	Adolescentes	Adultos	Idosos
	n (%)	n (%)	n (%)
Três anos ou mais	674 (14,6)	1.914 (21,5)	2.778 (45,9)
<b>Motivo da Consulta</b>			
Revisão	1.616 (34,8)	1.961 (21,9)	782 (12,4)
Dor	605 (13)	1.298 (14,5)	512 (8,1)
Extração	475 (10,2)	1.628 (18,1)	2.005 (31,7)
Tratamento/Outros	1.947 (41,9)	4.083 (45,5)	3.026 (47,8)
	Média ( $\pm$ DP)	Média ( $\pm$ DP)	Média ( $\pm$ DP)
<b>CPO-D</b>			
Média (desvio padrão)	4,37 (4,39)	16,89 (7,27)	27 (6,87)

DP: Desvio Padrão

Valores sem ponderação por peso amostral.

**APÊNDICE B: Tabela 2 – Análise bivariada da satisfação dos adolescentes, ponderada por peso amostral, no Brasil, em 2010.**

	Satisfação Atendimento (%)					Total
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	
<b>Total</b>	28,1	58,0	9,7	2,9	1,4	100
<b>Local</b>						
Público	25,7	57,36	11,76	2,78	2,43	100
Particular	29,53	59,34	7,10	3,55	0,47	100
Plano de Saúde	33,86	56,06	9,05	0,64	0,40	100
<b>Sexo</b>						
Homem	27,4	58,2	11,9	2,0	0,5	100
Mulher	28,6	57,7	7,7	3,8	2,1	100
<b>Escolaridade</b>						
0 a 4 anos	28,4	47,1	15,7	3,4	5,5	100
5 a 8 anos	21,7	60,4	12,5	3,9	1,6	100
9 a 11 anos	31,1	56,8	8,2	2,7	1,2	100
Mais de 11 anos	29,1	60,7	8,1	1,9	0,2	100
<b>Renda</b>						
Até ½ SM	21,4	63,3	9,4	2,8	3,1	100
Mais de ½ a 1 SM	26,8	57,9	10,9	3,5	1,0	100
Mais de 1 a 2 SM	27,2	59,4	9,9	1,6	2,0	100
Mais de 2 a 3 SM	33,8	57,2	5,7	3,0	0,2	100
Mais de 3 SM	41,6	47,0	6,8	4,3	0,3	100
<b>Necessidade de Tratamento</b>						
Não	36,3	55,0	6,1	2,4	0,1	100
Sim	23,9	59,5	11,4	3,2	1,9	100
<b>Intensidade da dor</b>						
Sem dor	30,3	58,8	8,1	2,5	0,3	100
Muito pouco	16,5	65,8	16,7	0,4	0,7	100
Pouco	25,8	47,0	23,1	4,0	0,1	100
Médio	20,2	65,9	10,4	0,5	2,9	100
Forte	23,4	52,0	18,4	4,6	1,6	100
Muito forte	23,7	46,1	9,7	9,7	10,8	100
<b>Última Consulta</b>						
Menos de um ano	31,1	58,6	7,1	2,7	0,4	100
Entre 1 e 2 anos	26,9	55,1	13,5	3,2	1,3	100
Três anos ou mais	20,4	60,5	11,1	3,4	4,7	100
<b>Motivo</b>						
Revisão	34,7	56,8	5,3	3,1	0,1	100
Dor	21,8	51,0	18,1	5,2	3,9	100
Extração	17,4	65,8	11,6	1,6	3,6	100
Tratamento/Outros	26,6	59,9	10,2	2,2	1,1	100

**APÊNDICE C: Tabela 3- Análise bivariada da satisfação dos adultos, ponderada por peso amostral, no Brasil, em 2010.**

	Satisfação Atendimento (%)					Total
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	
<b>Total</b>	28,0	57,0	8,9	3,3	2,8	100
<b>Local</b>						
Público	25,9	57,1	9,4	4,2	3,3	100
Particular	27,9	57,9	8,8	2,7	2,8	100
Plano de Saúde	35,3	52,7	7,3	3,3	1,4	100
<b>Sexo</b>						
Homem	26,7	58,3	8,7	2,8	3,5	100
Mulher	28,7	56,3	9,0	3,6	2,4	100
<b>Escolaridade</b>						
0 a 4 anos	17,6	61,4	10,6	3,9	6,5	100
5 a 8 anos	23,9	60,1	9,0	4,1	2,9	100
9 a 11 anos	26,8	58,7	9,8	3,5	1,3	100
Mais de 11 anos	43,7	46,9	6,3	1,7	1,5	100
<b>Renda</b>						
Até ½ SM	25,8	57,7	9,2	4,7	2,6	100
Mais de ½ a 1 SM	21,0	61,4	9,9	3,8	4,0	100
Mais de 1 a 2 SM	25,4	59,8	8,7	3,4	2,8	100
Mais de 2 a 3 SM	34,0	53,6	9,4	2,7	0,3	100
Mais de 3 SM	51,4	40,7	5,2	0,9	1,9	100
<b>Necessidade de tratamento</b>						
Não	35,2	56,5	5,2	2,3	0,8	100
Sim	26,0	57,1	9,9	3,6	3,4	100
<b>Intensidade da dor</b>						
Sem dor	30,1	58,2	7,5	2,3	1,9	100
Muito pouco	33,6	49,3	13,6	2,3	1,1	100
Pouco	25,3	46,8	12,6	7,8	7,5	100
Médio	15,3	60,8	16,4	5,7	1,8	100
Forte	23,4	50,6	12,4	7,7	5,8	100
Muito forte	22,0	56,7	8,6	5,4	7,3	100
<b>Última consulta</b>						
Menos de um ano	34,8	51,9	8,4	3,1	1,9	100
Entre 1 e 2 anos	21,6	63,1	8,1	2,3	4,8	100
Três anos ou mais	21,1	60,4	11,0	4,9	2,5	100
<b>Motivo da consulta</b>						
Revisão	39,6	50,4	7,3	1,6	1,2	100
Dor	22,4	56,2	11,2	4,6	5,7	100
Extração	16,7	63,4	12,3	3,4	4,2	100
Tratamento/Outros	28,1	58,3	7,8	3,7	2,1	100

**APÊNDICE D: Tabela 4 - Análise bivariada da satisfação dos idosos, ponderada por peso amostral, no Brasil, em 2010.**

	Satisfação Atendimento (%)					Total
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	
<b>Total</b>	28,4	57,54	10,1	3,3	0,8	100
<b>Local</b>						
Público	26,3	59,7	8,8	4,3	1,0	100
Particular	29,2	56,4	10,9	2,8	0,6	100
Plano de Saúde	33,8	58,4	3,2	3,8	0,7	100
<b>Sexo</b>						
Masculino	27,1	59,3	10,1	3,0	0,5	100
Feminino	29,1	56,2	10,1	3,5	1,0	100
<b>Escolaridade</b>						
0 a 4 anos	27,3	59,8	8,8	3,3	0,8	100
5 a 8 anos	24,5	53,9	15,7	4,5	1,3	100
9 a 11 anos	28,5	59,2	9,3	2,4	0,6	100
Mais de 11 anos	49,4	43,3	6,3	0,9	0,1	100
<b>Renda</b>						
Até ½ SM	18,4	64,8	7,7	8,8	0,2	100
Mais de ½ a 1 SM	23,3	62,8	9,4	2,8	1,8	100
Mais de 1 a 2 SM	26,9	56,3	12,8	3,3	0,7	100
Mais de 2 a 3 SM	30,1	57,7	8,2	3,9	0,2	100
Mais de 3 SM	49,8	43,7	4,1	1,8	0,5	100
<b>Necessidade de Tratamento</b>						
Não	28,3	60,8	7,8	2,1	1,0	100
Sim	28,1	54,4	12,3	4,5	0,7	100
<b>Intensidade da dor</b>						
Sem dor	28,8	58,0	9,2	3,1	0,9	100
Muito pouco	13,9	54,7	27,9	2,6	0,8	100
Pouco	7,4	85,4	4,7	2,1	0,4	100
Médio	35,1	41,4	18,8	4,2	0,4	100
Forte	8,1	54,3	15,9	21,6	0,0	100
Muito forte	24,2	63,2	9,3	3,0	0,3	100
<b>Última Consulta</b>						
Menos de um ano	36,6	48,8	10,5	3,2	1,0	100
Entre 1 e 2 anos	27,0	59,6	8,4	4,8	0,3	100
Três anos ou mais	24,8	60,8	10,8	2,5	1,0	100
<b>Motivo</b>						
Revisão	46,4	48,4	2,6	2,6	0,1	100
Dor	21,3	53,5	16,1	8,7	0,5	100
Extração	20,8	61,4	13,8	2,6	1,3	100
Tratamento/Outros	28,9	58,4	9,0	2,9	0,8	100



**APÊNDICE E: Tabela 5 – Modelo bruto e ajustado de satisfação dos usuários de serviços odontológicos no Brasil, por faixa etária, em 2010.**

	Tipo de Serviço	Modelo Bruto		Modelo Ajustado	
		OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
<b>Adolescente (15-19 anos)</b>					
	Público	1		1	
	Particular	0,53	(0,46-0,60)	0,75	(0,65-0,86)
	Plano de saúde	0,49	(0,41-0,60)	0,79	(0,64-0,98)
<b>Adulto (35-44 anos)</b>					
	Público	1		1	
	Particular	0,71	(0,65-0,77)	0,96	(0,87-1,06)
	Plano de saúde	0,69	(0,61-0,78)	1,10	(0,96-1,26)
<b>Idoso (65-74 anos)</b>					
	Público	1		1	
	Particular	0,75	(0,68-0,84)	1,05	(0,92-1,19)
	Plano de saúde	0,72	(0,60-0,86)	1,23	(1,00-1,51)

**APÊNDICE F: Tabela 6 – Modelo ajustado de satisfação dos usuários de serviços odontológicos no Brasil, por faixa etária, em 2010.**

		Adolescentes		Adultos		Idosos	
		OR	(IC95%)	OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
Tipo de Serviço	Público	1		1		1	
	Particular	0,75	(0,65-0,86)	0,96	(0,87-1,06)	1,05	(0,92-1,19)
	Plano de saúde	0,79	(0,64-0,98)	1,10	(0,96-1,26)	1,23	(1,00-1,51)
Necessidade de tratamento	Não	1		1		1	
	Sim	1,59	(1,37-1,84)	1,58	(1,41-1,76)	1,30	(1,16-1,46)
Motivo da consulta	Revisão	1		1		1	
	Dor	1,58	(1,26-1,99)	1,52	(1,29-1,78)	1,61	(1,25-2,09)
	Extração	1,27	(1,00-1,60)	1,49	(1,28-1,73)	1,57	(1,29-1,92)
	Tratamento e outros	1,44	(1,24-1,67)	1,25	(1,11-1,40)	1,42	(1,19-1,69)
Renda	Até 1/2 salário mínimo	1		1		1	
	Entre 1/2 até 1 salário mínimo	0,93	(0,76-1,13)	1,11	(0,96-1,28)	0,72	(0,56-0,94)
	Entre 1 até 2 salários mínimos	0,84	(0,68-1,04)	0,90	(0,77-1,04)	0,68	(0,53-0,87)
	Entre 2 até 3 salários mínimos	0,64	(0,46-0,87)	0,79	(0,65-0,97)	0,59	(0,44-0,78)
	Mais de 3 salários mínimos	0,57	(0,44-0,73)	0,63	(0,52-0,76)	0,47	(0,35-0,63)
Dor	Sem dor	1		1		1	
	Dor fraca	1,05	(0,72-1,52)	1,30	(1,00-1,67)	1,36	(0,91-2,02)
	Dor	1,25	(0,91-1,71)	1,38	(1,11-1,72)	1,24	(0,86-1,78)
	Dor média	1,53	(1,18-1,99)	1,28	(1,06-1,55)	2,02	(1,42-2,86)
	Dor forte	1,74	(1,23-2,47)	1,22	(0,96-1,56)	1,60	(1,04-2,46)
	Dor muito forte	1,79	(1,35-2,38)	1,14	(0,97-1,35)	1,29	(0,93-1,79)
Tempo última consulta	Menos de 1 ano	1		1		1	
	Entre 1 e 2 anos	1,54	(1,33-1,79)	1,41	(1,27-1,56)	1,49	(1,27-1,74)

**Tabela 5 – Modelo ajustado de satisfação dos usuários de serviços odontológicos no Brasil, por faixa etária, em 2010 (cont).**

		Adolescentes		Adultos		Idosos	
		OR	(IC95%)	OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
	Mais de 3 anos	1,75	(1,44-2,13)	1,48	(1,32-1,67)	1,42	(1,23-1,63)
Educação	Até 4 anos			1		1	
	5 a 8 anos			0,96	(0,84-1,10)	1,11	(0,96-1,28)
	9 a 11 anos			0,96	(0,84-1,10)	0,88	(0,73-1,06)
	Mais de 11 anos			0,71	(0,61-0,83)	0,51	(0,42-0,63)
Sexo	Masculino					1	
	Feminino					0,81	(0,72-0,91)



## CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?  
Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?  
1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

## ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?  
Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?  
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?  
0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?  
0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?  
1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Triés anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?  
1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?  
1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?  
1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 8-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

## ANEXO B: Termo de consentimento livre e esclarecido SB Brasil 2010

### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais, Entidades Odontológicas e Universidades.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população brasileira de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para <coordenador local da pesquisa>, no endereço <endereço da instituição> ou pelo telefone <telefone da instituição>.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde no endereço: Esplanada dos Ministérios - Bloco G, Anexo B - sala 436 b - CEP: 70.058-900 Brasília - DF - Fone: (61) 3315-2951.



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### Consentimento

##### Para participante individual (18 anos e mais)

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SBBrasil 2010 e autorizo a realização do exame

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

##### Para Pais ou Responsáveis de menores de 18 anos

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Projeto SBBrasil 2010 e autorizo a realização do exame em

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

##### Responsável

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica