



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Leal Roberto, Luana; de Barros Lima Martins, Andréa Maria Eleutério; Batista de Paula,
Alfredo Maurício; Ferreira e Ferreira, Efigênia; Sant' Ana Haikal, Desirée
Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 5, mayo, 2017, pp. 1601-1613

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63050935020>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Insatisfação com os serviços odontológicos e fatores associados entre adultos

Dissatisfaction with the dental services and associated factors among adults

Luana Leal Roberto¹

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins¹

Alfredo Maurício Batista de Paula¹

Efigênia Ferreira e Ferreira²

Desirée Sant' Ana Haikal¹

Abstract This study aimed to identify factors associated with dissatisfaction with dental services among adults. It analyzed 830 adult participants of an epidemiological survey of oral health. The dependent variable was dissatisfaction with the dental service, and the independent ones were selected according to the theoretical model set forth by Andersen and Davidson (1997). Estimates were corrected by the sample design effect, and Binary Logistic Regression was carried out. It was found that about 11% of adults were dissatisfied with the dental service. In the final model, dissatisfaction with dental services was lower among older adults ($OR = 0.559$) and among smokers ($OR = 0.332$). On the other hand, it was higher among adults who self-perceived their chewing as negative ($OR = 2,804$), who self-perceived some discomfort in the mouth and head and neck region ($OR = 2.065$), and among those who did not have access to information on how to avoid oral problems ($OR = 3.020$). Therefore, the services need to access the perceptions and expectations expressed by users, and provide information in appropriate quantity and quality, in the context of "health literacy" in order to achieve greater satisfaction among its users.

Key words Adult, Patient satisfaction, Access to information, Dental health services

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Dr. Ruy Braga s/n, Vila Mauriceia. 39401-089 Montes Claros MG Brasil. luleal15@yahoo.com.br

² Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

DOI: 10.1590/1413-81232017225.17362015

Resumo Objetivou-se identificar fatores associados à insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos. Foram analisados os dados de 830 adultos participantes de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. A variável dependente foi insatisfação com o serviço odontológico e as independentes foram reunidas conforme modelo teórico de Andersen e Davidson. As estimativas foram corrigidas pelo efeito de desenho amostral e foi conduzida Regressão Logística Binária. Cerca de 11% dos adultos encontravam-se insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado. No modelo final, a insatisfação com os serviços odontológicos foi menor entre os adultos mais velhos ($OR = 0,559$) e entre os fumantes ($OR = 0,332$). Por outro lado, foi maior entre adultos que autopercorriam sua mastigação negativamente ($OR = 2,804$), que autopercorriam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço ($OR = 2,065$) e que não tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais ($OR = 3,020$). Assim, os serviços precisam acessar as percepções e as expectativas manifestadas pelos usuários, além de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, no contexto da "alfabetização em saúde", a fim de se alcançar maior satisfação entre seus usuários.

Palavras-chave Adultos, Satisfação do paciente, Acesso à informação, Serviços de saúde bucal

Introdução

A avaliação dos serviços de saúde pelos usuários fornece informações essenciais para a definição dos padrões de qualidade dos atendimentos prestados e tem sido muito valorizada¹, representando um resultado esperado da assistência². A satisfação dos usuários constitui um componente fundamental da avaliação dos serviços de saúde, sendo inclusive considerada por alguns autores como objetivo final de tais serviços^{2,3}.

A proposta de Donabedian² é classicamente utilizada quando se deseja avaliar a qualidade dos serviços de saúde. Segundo tal proposta, a avaliação deve considerar três componentes básicos: estrutura (recursos utilizados pelo serviço), processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes) e desfecho (se o paciente beneficia-se ou não do serviço de saúde oferecido). A satisfação do paciente é um importante desfecho almejado pelos serviços⁴.

A incorporação do usuário na avaliação tem sido muito valorizada, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca, ao estimular a participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, o fortalecimento do controle social. Sendo assim, a perspectiva do usuário revela aspectos essenciais para completar e equilibrar a qualidade dos serviços⁵. A percepção da insatisfação dos usuários pode direcionar os serviços de saúde para que atendam, de forma mais específica, as demandas da população, pois permite complementar as avaliações técnicas de qualidade da assistência com uma visão compartilhada dos indivíduos que recebem o cuidado^{6,7}.

Além disso, a avaliação da satisfação tem sido apontada como elemento chave para o sucesso do tratamento. Pacientes insatisfeitos aderem menos ao tratamento proposto⁸ e são menos propensos a continuar utilizando os serviços de saúde^{1,9}.

Aliada à importância de se compreender o que leva os indivíduos a manifestar insatisfação com serviços utilizados, está a obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal de adultos, uma vez que o interesse por esses dados tem aumentado bastante¹⁰. Adultos constituem a maioria da população, demandam por serviços odontológicos, influenciam de maneira decisiva o comportamento de seus dependentes, possuem problemas específicos de saúde bucal e particularidades epidemiológicas¹¹. Os trabalhadores, em geral, podem ter dificuldade de acesso a tais serviços em horários de trabalho, causando agravamento dos problemas e motivo de ausência no serviço¹¹.

A insatisfação dos usuários com os serviços odontológicos ainda é um terreno pouco explorado. Abriga, certamente, muitos aspectos a serem desvelados, já que pode carregar particularidades de cada contexto e cenário¹². Diante disso, este estudo avaliou, a partir de um reconhecido modelo teórico multidimensional, os fatores associados à insatisfação de adultos com os serviços odontológicos.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal conduzido entre adultos participantes do levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no município de Montes Claros, Minas Gerais (MG), Brasil, em 2009. Montes Claros é considerado o principal centro urbano do norte de Minas Gerais e, por esse motivo, apresenta características de capital regional, com raio de influência que abrange toda região do estado e parte do sul da Bahia. Atualmente, o município conta com 71 Equipes de Saúde Bucal (ESB) vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que 58 são modalidade I e 13 da II, e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II¹³.

A amostragem é complexa, probabilística, por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), garantindo proporcionalidade por sexo. Para a população de 35-44 anos, grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos¹⁴, os cálculos evidenciaram a necessidade de se avaliar 762 indivíduos, considerando a ocorrência dos eventos ou doenças em 50%, nível de confiança de 95%, erro amostral de 5,5%, *deff* (*design effect* – efeito de desenho) igual a 2,0 e taxa de não resposta de 20%. As unidades amostrais primárias foram selecionadas de forma aleatória simples, tendo sido sorteados 53 dos 276 setores censitários urbanos e duas das onze áreas rurais. Num segundo estágio, aproximadamente sete quadras foram sorteadas em cada setor urbano incluído. Na zona rural, todos os domicílios situados a uma distância de até 500 metros de uma instituição de referência foram selecionados¹⁵. Todos os domicílios situados nas áreas selecionadas foram sequencialmente visitados e os adultos (35-44 anos) convidados a participar.

Participaram da coleta de dados, 24 cirurgiões-dentistas treinados e calibrados, que alcançaram concordância Kappa satisfatória (Kappa inter/intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclasse $\geq 0,60$). Os mesmos foram acom-

panhados por anotadores/digitadores treinados. Foram adotados os critérios de diagnóstico da 4^a edição do *Oral Health Surveys: Basic Methods*, da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁴.

No domicílio, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foram realizadas entrevistas e exames intrabucais. Os exames foram conduzidos sob luz natural, com auxílio de espelho e sonda indicada para avaliação do Índice Periodontal Comunitário (CPI) previamente esterilizados, adotando todos os códigos/critérios propostos pela OMS¹⁴. Os dados foram registrados em computadores de mão, utilizando um programa criado especificamente para esse fim. Maiores detalhes acerca da metodologia adotada encontram-se em estudo prévio¹⁶.

Análises conduzidas

As análises foram realizadas empregando-se o programa estatístico PASW (Predictive Analytics Software - SPSS®) versão 18.0 e foram conduzidas respeitando-se a necessidade de correção pelo efeito de desenho por serem proveniente de amostras por conglomerados. Tal correção refere-se ao cálculo utilizando ponderações diferenciadas aos elementos amostrais a fim de compensar suas desiguais probabilidades de seleção¹⁷.

A variável dependente – satisfação com o serviço odontológico – foi obtida por meio da resposta à seguinte pergunta: “Ficou satisfeito com o serviço odontológico que você utilizou na última vez?” (extremamente, bastante, mais ou menos, pouco, nada, nunca foi ao dentista). Os indivíduos que relataram nunca terem ido ao dentista foram excluídos das análises. As respostas foram agregadas em duas categorias: satisfeitos (extremamente e bastante) e insatisfeitos (mais ou menos, pouco e nada). Essa agregação permitiu investigar a insatisfação com o uso dos serviços odontológicos.

As variáveis independentes foram agrupadas utilizando o modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson¹⁸. Este modelo foi o mais difundido para a análise dos fatores associados de forma independente ao uso de serviços odontológicos¹⁹, sendo utilizado, também, para avaliar fatores relacionados à satisfação com o uso desses serviços, uma vez que a satisfação aparece como um desfecho relacionado ao uso dos serviços. Segundo Andersen e Davidson¹⁸, as variáveis independentes podem ser reunidas em três grupos: determinantes primários de saúde bucal (ambiente externo, sistema de atenção à saúde bucal, características pessoais), compor-

tamentos de saúde bucal (práticas pessoais, uso formal de serviços odontológicos) e desfechos de saúde bucal (condições normativas e subjetivas de saúde bucal).

As variáveis exógenas do modelo teórico de Andersen e Davidson¹⁸, que referem o relato de pertencimento a um grupo étnico (raça autodeclarada) e a uma faixa etária, foram consideradas como características pessoais no grupo dos determinantes primários de saúde bucal. Foram incluídas, também, como características pessoais as seguintes variáveis: sexo, estado civil, escolaridade, renda *per capita*, situação de trabalho atual e motivo da última consulta odontológica realizada.

No âmbito do ambiente externo, foi considerada a saúde geral relatada (presença de doenças crônicas e uso de medicamentos), a influência da saúde geral na qualidade de vida, utilizando-se uma versão validada no Brasil do *12-Item Short-Form Health Survey* (SF12), com escores ponderados para os Domínios Físico e Mental. Foi adotado como ponto de corte em cada domínio, o limite inferior do IC-95% da média estimada²⁰, sendo que indivíduos que obtiveram pontuações abaixo do ponto de corte, para cada um dos domínios separadamente, foram considerados com qualidade de vida insatisfatória para o domínio em questão. A satisfação com a vida, embora coletada como escala Likert, foi dicotomizada. Em relação ao sistema de atenção à saúde bucal, analisou-se o tipo de serviço odontológico utilizado e o relato da inserção do domicílio na ESF.

No grupo dos comportamentos de saúde bucal, as práticas pessoais contemplaram informações sobre higiene bucal, realização de autoexame bucal e hábitos tabagista e etilista, atuais e do passado. O uso formal de serviços odontológicos incluiu o acesso às informações sobre como evitar problemas bucais, higiene bucal, dieta, câncer de boca e como realizar o autoexame bucal. Além disso, foi analisado o uso do serviço odontológico no último ano.

Em relação aos desfechos de saúde bucal, avaliou-se as condições normativas, que incluíram as alterações de tecidos moles bucais (mucosas), número de dentes presentes, uso de prótese dentária, índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados), presença de doença periodontal e necessidade normativa de tratamento odontológico¹⁴. Foram considerados doentes periodontais aqueles que apresentaram em um mesmo sextante bolsa periodontal ≥ 4 mm e perda de inserção ≥ 4 mm²¹.

As condições subjetivas de saúde bucal foram representadas pela autopercepção da mesma, da

mastigação, da aparência de dentes e gengivas, da fala devido aos dentes e gengivas, do relacionamento em função da condição bucal, de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço, da necessidade de tratamento odontológico, do relato de dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses e pela avaliação do impacto da saúde bucal nas suas dimensões física e psicossocial, por meio da versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). As respostas obtidas a cada questão do OHIP-14 foram dicotomizadas em: sem impacto (às vezes, raramente, nunca) e com impacto (sempre, frequentemente), e o indivíduo que declarou impacto em pelo menos um item foi considerado com impacto²².

Todas as variáveis foram trabalhadas de forma categórica. As frequências absoluta (n) e relativa (% corrigidos pelo desenho amostral) foram obtidas através de análise descritiva. Além disso, foram estimados os valores médios e o erro-padrão para as variáveis renda e escolaridade. Foram conduzidas análises bivariadas, através do teste do qui-quadrado de Pearson. As variáveis que apresentaram “p valor” abaixo ou igual a 0,2 foram selecionadas para constituir o modelo múltiplo. Os modelos múltiplos foram ajustados através da Regressão Logística Binária, adotando-se o procedimento passo a passo (*stepwise backward*), estimando a *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC95%). No modelo final, foram mantidas apenas as variáveis que mostraram nível de significância menor ou igual a 0,05 ($p \leq 0,05$). Foi estimado, também, o *pseudo R squares* (R^2) com o intuito de mensurar a capacidade do modelo final ajustado de explicar a variação da variável dependente.

Questões Éticas

Este estudo foi conduzido de forma a atender os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (nº196/96). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e concordaram em participar da mesma através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Foram avaliados 841 adultos por residirem nos setores censitários sorteados. Entre os adultos avaliados, 11 (1,3%) foram excluídos do estudo

por nunca terem ido ao dentista. Sendo assim, foram incluídos nas análises 830 indivíduos. Desse, 91 (10,8%) encontravam-se insatisfeitos com o serviço odontológico utilizado na última vez.

Na análise descritiva, percebeu-se que a maior parte era do sexo feminino e autodeclarou-se indígena, negra ou parda. A renda *per capita* média foi de R\$ 308,00 (EP = 21,50). Os adultos investigados estudaram em média 9,01 anos (EP = 0,34). A maioria dos adultos usou serviços odontológicos não oferecidos pelo SUS, relatou morar em domicílio inserido na ESF e teve acesso à informação sobre como evitar problemas bucais (Tabela 1).

Na análise bivariada, observou-se que a insatisfação com os serviços odontológicos apresentou relação ($p \leq 0,20$) com as variáveis faixa etária, raça autodeclarada, sexo, renda *per capita*, situação de trabalho atual, tipo de serviço odontológico utilizado, hábito tabagista atual ou passado, necessidade normativa de tratamento odontológico e com a maioria das variáveis de acesso à informação. Além disso, mostraram-se associadas todas as variáveis que relatavam as condições subjetivas de saúde bucal (Tabela 1).

Já na análise múltipla ajustada, a chance de insatisfação com o atendimento odontológico foi menor entre os adultos mais velhos (p valor limítrofe) e entre os que fumavam. Por outro lado, a chance de insatisfação foi maior entre os indivíduos que não tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais, que autopercorriam sua mastigação negativamente (regular, ruim ou péssima) e também algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço (Tabela 2). Adultos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais apresentavam chance três vezes maior de estarem insatisfeitos com os serviços odontológicos utilizados (OR = 3,020) do que os que receberam tais informações. O modelo final ajustado deu conta de explicar 16,1% da variabilidade da variável dependente.

Discussão

Este estudo revelou uma menor chance de insatisfação com os serviços odontológicos utilizados entre adultos mais velhos e com história de tabagismo atual ou passado. Por outro lado, a insatisfação foi maior entre indivíduos que relataram não terem sido informados sobre como evitar problemas bucais, que autopercorriam sua mastigação negativamente e também incômodo na região da boca, cabeça e pescoço. De modo

Tabela 1. Análise descritiva e bivariada da população adulta, segundo a variável dependente e os determinantes primários em saúde bucal, comportamentos e desfechos de saúde bucal. Montes Claros (MG), 2009. (n = 830).

Variáveis	n	%	Satisfeitos		Insatisfeitos		p valor			
			n	%	n	%				
Determinantes primários de saúde bucal										
Características pessoais										
Predisposição										
Faixa etária (em anos)										
34 a 39	426	52,6	370	86,7	56	13,3	0,039			
40 a 45	404	47,4	369	91,9	35	8,1				
Raça auto-declarada										
Branco/amarelo	264	31,0	229	87,3	35	12,7	0,149			
Indígena/negro/pardo	566	69,0	510	90,0	56	10,0				
Sexo										
Feminino	457	53,9	401	87,7	56	12,3	0,188			
Masculino	373	46,1	338	90,9	35	9,1				
Estado civil										
Possui união estável	610	74,6	542	88,8	68	11,2	0,778			
Não possui união estável	220	25,4	197	90,4	23	9,6				
Escolaridade (anos de estudo)										
Acima de 11 anos	218	25,1	196	89,7	22	10,3	0,540			
5 a 11 anos	505	60,6	451	89,0	54	11,0				
Até 4 anos	107	14,4	92	88,9	15	11,1				
Disponibilidade de recursos										
Renda per capita*										
Acima de R\$400,00	175	21,3	165	94,6	10	5,4	0,017			
R\$400,00 ou menos	626	78,7	551	88,3	75	11,7				
Situação de trabalho atual*										
Trabalha	605	71,7	544	90,1	61	9,9	0,150			
Não trabalha	220	28,3	190	86,5	30	13,5				
Necessidade de tratamento odontológico										
Motivo do uso do serviço odontológico										
Consulta de rotina/manutenção	290	32,9	262	89,8	28	10,2	0,377			
Problemas bucais	540	67,1	477	88,9	63	11,1				
Sistema de atenção à saúde bucal										
Serviço odontológico utilizado										
SUS	290	34,7	252	86,9	38	13,1	0,148			
Outros	540	65,3	487	90,4	53	9,6				
Inserção do domicílio na ESF										
Inserido	429	52,9	385	89,4	44	10,6	0,500			
Não inserido	401	47,1	354	89,0	47	11,0				
Ambiente externo										
Saúde geral relatada										
Presença de doença crônica*										
Não	427	51,3	378	88,1	49	11,9	0,510			
Sim	398	48,7	358	90,9	40	9,1				
Uso de medicamentos										
Não	619	74,2	548	88,1	71	11,9	0,424			
Sim	211	25,8	191	92,4	20	7,6				
Domínio físico do SF 12*										
Satisfatório	572	69,0	513	89,6	59	10,4	0,443			
Insatisfatório	256	31,0	255	88,5	31	11,5				

continua

Tabela 1. continuação

Variáveis	n	%	Satisfeitos		Insatisfeitos		p valor
			n	%	n	%	
Domínio mental do SF 12*							
Satisfatório	514	62,8	458	89,0	56	11,0	0,976
Insatisfatório	314	37,2	280	89,7	34	10,3	
Satisfação com a vida							
Satisfeito	708	84,8	634	89,5	74	10,5	0,256
Insatisfeito	122	15,2	105	87,3	17	12,7	
Comportamentos de saúde bucal							
Práticas pessoais							
Práticas de higiene bucal							
Frequência diária de escovação*							
Mais de duas vezes	526	64,2	471	89,1	55	10,9	0,603
Duas vezes ou menos	301	35,8	266	89,5	35	10,5	
Uso de fio dental							
Sim	432	50,2	388	88,9	44	11,1	0,454
Não	398	49,8	351	89,5	47	10,5	
Outras práticas							
Realização do autoexame bucal*							
Sim	163	20,0	144	89,5	19	10,5	0,676
Não	665	80,0	595	89,3	70	10,7	
Hábito tabagista atual ou passado*							
Não	627	75,2	552	88,0	75	12,0	0,110
Sim	202	24,8	186	92,6	16	7,4	
Hábito etilista atual ou passado*							
Não	558	67,8	495	88,7	63	11,3	0,679
Sim	271	32,2	243	90,1	28	9,9	
Uso formal dos serviços odontológicos							
Acesso à informação sobre como evitar problemas bucais							
Sim	518	60,4	489	93,8	29	6,2	0,000
Não	302	39,6	243	82,5	59	17,5	
Acesso à informação sobre higiene bucal							
Sim	698	83,6	637	91,5	61	8,5	0,000
Não	132	16,4	102	77,4	30	22,6	
Acesso à informação sobre dieta							
Sim	426	51,5	389	91,7	37	8,3	0,031
Não	404	48,5	350	86,6	54	13,4	
Acesso à informação sobre câncer de boca							
Sim	280	33,1	258	92,1	22	7,9	0,041
Não	550	66,9	481	87,8	69	12,2	
Acesso à informação sobre como realizar o autoexame bucal							
Sim	204	24,4	185	90,8	19	9,2	0,385
Não	626	75,6	554	88,7	72	11,3	
Uso dos serviços odontológicos no último ano							
Sim	379	45,7	344	90,8	35	9,2	0,144
Não	451	54,3	395	87,8	56	12,2	
Desfechos de saúde bucal							
Condições normativas de saúde bucal							
Alterações de mucosas*							
Não	717	86,6	636	88,7	81	11,3	0,473
Sim	111	13,4	101	92,3	10	7,7	

continua

Tabela 1. continuação

Variáveis	n	%	Satisfeitos		Insatisfeitos		p valor
			n	%	n	%	
Número de dentes presentes							
28 a 32	372	45,5	331	88,3	41	11,7	0,342
20 a 27	273	32,3	248	91,2	25	8,8	
19 ou menos	185	22,2	160	88,0	25	12,0	
Uso de prótese dentária							
Não	546	65,9	489	89,8	57	10,2	0,768
Um arco	206	25,0	182	87,4	24	12,6	
Dois arcos	78	9,1	68	90,1	10	9,9	
CPOD							
0 a 15	279	36,0	253	90,6	26	9,4	0,218
16 a 21	280	32,4	252	89,8	28	10,2	
22 a 32	271	31,6	234	87,0	37	13,0	
Doença periodontal*							
Não	723	90,4	647	89,1	76	10,9	0,292
Sim	76	9,6	65	88,5	11	11,5	
Necessidade normativa de tratamento odontológico*							
Não	385	48,3	354	90,7	31	9,3	0,013
Sim	414	51,7	358	87,4	56	12,6	
Condições subjetivas de saúde bucal							
Autopercepção da saúde bucal							
Excelente/boa	418	48,6	390	92,1	28	7,9	0,000
Regular/ruim/péssima	412	51,4	349	86,4	63	13,6	
Autopercepção da mastigação							
Excelente/boa	489	58	452	93,2	37	6,8	0,000
Regular/ruim/péssima	341	42	287	83,6	54	16,4	
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas							
Excelente/boa	453	54	421	92,5	32	7,5	0,000
Regular/ruim/péssima	377	46	318	85,3	59	14,7	
Autopercepção da fala devido aos dentes e gengivas							
Excelente/boa	678	81,2	615	90,4	63	9,6	0,001
Regular/ruim/péssima	152	18,8	124	84,2	28	15,8	
Autopercepção do relacionamento em função da condição bucal							
Excelente/boa	698	83	631	90,0	67	10,0	0,004
Regular/ruim/péssima	132	17	108	85,3	24	14,7	
Autopercepção de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço*							
Não	663	79,9	604	91,7	59	8,3	0,000
Sim	166	20,1	135	79,7	31	20,3	
Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico*							
Não	177	21,6	170	95,1	7	4,9	0,001
Sim	650	78,4	567	87,6	83	12,4	
Dor em dentes e gengivas nos últimos 6 meses							
Não	512	60,9	469	92,2	43	7,8	0,003
Sim	318	39,1	270	84,6	48	15,4	
OHIP*							
Não impactou	597	71,1	544	91,0	53	9,0	0,005
Impactou	230	28,9	194	85,2	36	14,8	

* Variação no n = 830, devido à perda de informação.

Tabela 2. Modelo de regressão múltipla da insatisfação com o uso dos serviços odontológicos e os determinantes primários em saúde bucal, comportamentos e desfechos de saúde bucal. Montes Claros (MG), 2009. (n = 830).

Variáveis	OR (IC 95%)	p valor
Determinantes primários de saúde bucal		
Faixa etária (em anos)		
34 a 39	1	0,056
40 a 45	0,559 (0,308-1,016)	
Comportamentos de saúde bucal		
Hábito tabagista atual ou passado		
Não	1	0,001
Sim	0,332 (0,174-0,634)	
Acesso à informação sobre como evitar problemas bucais		
Sim	1	0,000
Não	3,020 (1,734-5,258)	
Desfechos de saúde bucal		
Autopercepção da mastigação		
Excelente/boa	1	0,002
Regular/ruim/péssima	2,804 (1,475-5,329)	
Autopercepção de algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço		
Não	1	0,021
Sim	2,065 (1,124-3,793)	

Constante ($\beta = 1,769$ / p = 0,000). Pseudo R² = 16,1%.

geral, observou-se baixa prevalência de insatisfação (10,8%) com esses serviços na população adulta. Estudos prévios, também verificaram baixa prevalência de insatisfação semelhantes aos achados da presente investigação, considerando famílias da África do Sul (11%)²³ e adultos usuários dos serviços públicos de Belo Horizonte (MG) (11%)²⁴. Por outro lado, a prevalência de insatisfeitos foi menor do que o observado entre respondentes de todas as idades a uma entrevista telefônica em Taiwan, China (19%)²⁵, e entre os adultos brasileiros participantes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) (14,7%)²⁶. Apesar de já ter sido evidenciado que fora do espaço assistencial os usuários sentem-se mais confortáveis para relatar insatisfação²⁷, conforme aconteceu neste estudo (coleta domiciliar), ainda assim, a prevalência de insatisfação observada pode ser considerada baixa. Historicamente, adultos têm sido quase que sistematicamente excluídos das programações em saúde bucal em nível coletivo¹¹. O crescente acesso de adultos a tais serviços^{26,28} poderia explicar, em parte, a alta prevalência de satisfação, pois o simples fato de conseguir atendimento poderia ser suficiente para predispor a uma melhor avaliação do usuário com o serviço utilizado.

Entre os adultos investigados, apenas 1,3% nunca tinham ido ao dentista, prevalência in-

ferior à verificada entre os adultos brasileiros (7,1%)²⁶, sugerindo maior acesso em Montes Claros (MG), o que corrobora a hipótese de possivelmente contribuir com maior satisfação. Além disso, o uso do serviço odontológico por rotina/manutenção, também conhecido como uso por revisão e/ou prevenção, foi maior entre os adultos pesquisados (32,9%) quando comparados aos adultos brasileiros (21,4%)²⁶. O uso por rotina representa importante indicador de saúde bucal²⁹, sendo assim, melhores condições bucais são esperadas em pacientes que utilizam de forma preventiva e regular os serviços odontológicos e poderiam também contribuir aos maiores níveis de satisfação.

Embora o modelo teórico multidimensional de Andersen e Davidson¹⁸ preveja uma possível relação entre a satisfação com os serviços odontológicos e fatores sociodemográficos, esta relação não foi encontrada na presente investigação, exceto quanto a idade, que mostrou-se associada à insatisfação com o uso dos serviços odontológicos com uma probabilidade de significância lítrofe (p = 0,056). Outros estudos também não encontraram tal associação^{25,30}. Porém, estudo realizado, entre pacientes atendidos em centros médicos na Suécia com 20 anos de idade ou mais, revelou que indivíduos com menor escolaridade estavam mais satisfeitos com o atendimento

prestado³¹. Raça e status socioeconômico associaram-se, significativamente, à satisfação com os serviços de saúde em investigação conduzida na África do Sul com as famílias em seus respectivos domicílios²³. Na presente investigação, embora a variável renda tenha se revelado associada à insatisfação com o uso dos serviços na análise bivariada, tal associação não se manteve no modelo múltiplo. Há que se considerar a alta homogeneidade da população investigada em relação aos fatores socioeconômicos, uma vez que a maioria apresentava renda *per capita* igual ou inferior a R\$ 400,00 (78,7%) e 5 a 11 anos de escolaridade (60,6%).

Convém destacar que a satisfação dos indivíduos não foi influenciada pela natureza dos serviços odontológicos utilizados. Os serviços públicos (SUS) estão garantindo alta prevalência de satisfação a seus usuários (87%), próxima a verificada entre usuários de serviços não públicos (90%), sendo esta diferença não estatisticamente significante. Estudo prévio, conduzido entre idosos, verificou maior satisfação com serviços odontológicos entre usuários de serviços do SUS³⁰. Esses achados refletem efeitos positivos das estratégias públicas de cuidados em saúde bucal.

Por outro lado, observou-se que apenas 35% dos adultos utilizaram serviços odontológicos do SUS, embora 53% residissem em áreas cobertas pela ESF. Em uma análise complementar utilizando o teste Qui-Quadrado (dados não mostrados) observou-se que dentre os indivíduos que residem em áreas cobertas pela ESF, 41,4% usaram serviços odontológicos do SUS, enquanto que, dentre os adultos que residiam em áreas não cobertas, apenas 27% o fizeram ($p < 0,001$). Assim, evidencia-se que tal cobertura facilita o uso dos serviços públicos, no entanto, não o garante. Problemas de acesso podem representar dificuldades que impeçam maiores prevalências de uso dos serviços públicos, mesmo em áreas cobertas pela ESF. Há que se considerar adultos que apresentam dificuldade de acesso às unidades de saúde nos horários convencionais de trabalho¹¹, e a oferta de atendimento em horários alternativos poderia contribuir para a maior prevalência de uso desses serviços.

No modelo final, observou-se que os adultos mais jovens estavam mais insatisfeitos com os serviços odontológicos quando comparados aos adultos mais velhos. Como tal relação apresentou p valor limítrofe, optou-se por manter tal variável no modelo final. Além disso, estudo prévio conduzido entre idosos da mesma região eviden-

ciou menores prevalências de insatisfação entre os idosos de 65-74 anos³⁰. Estudo realizado na Suécia, com pessoas acima de 20 anos de idade, revelou que indivíduos mais velhos foram, em geral, mais satisfeitos do que os mais jovens. Menor proporção de pacientes insatisfeitos (10%) foi observada entre os mais idosos, principalmente os que relataram melhor estado de saúde³¹. Essa relação inversa entre idade e insatisfação com o uso dos serviços odontológicos também foi verificada entre os adultos brasileiros²⁶.

O hábito tabagista atual ou passado esteve independentemente associado à insatisfação com o atendimento odontológico, sendo que pacientes fumantes estavam menos insatisfeitos que os não fumantes. Estudo realizado entre usuários do SUS da Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG) verificou uma relação inversa, ou seja, maior insatisfação entre fumantes atuais²⁴. No entanto, no estudo citado, foi considerada como indicador de satisfação com os serviços utilizados, a recomendação para outra pessoa da atenção à saúde recebida²⁴. Nesse contexto, a falta de padronização dos instrumentos utilizados para avaliar a satisfação com o uso dos serviços de saúde representa dificuldade que pode até mesmo comprometer a comparação dos resultados de diferentes estudos conduzidos sobre a mesma temática³².

O fator independente mais fortemente associado à insatisfação com os serviços de saúde foi a ausência de acesso à informação sobre como evitar problemas bucais proveniente dos serviços. A chance de insatisfação entre os adultos que não tiveram acesso a tais informações foi cerca de três vezes aquela observada entre os adultos que relataram acesso a essas informações, sendo este o achado de principal destaque neste estudo. Tal relação já foi demonstrada em estudos prévios^{25,30}. No entanto, não foram identificados estudos que tenham avaliado essa relação entre alguma população de adultos brasileiros.

Já foi verificado que a oferta de informação é um fator primordial dentre as estratégias de educação em saúde³³. Na odontologia, a educação em saúde tem sido parte importante da assistência, sendo os serviços de saúde cenários constantes dessa prática. O impacto dessas medidas educativas pode ser observado no estado de saúde dos pacientes e na satisfação dos usuários^{34,35}. As abordagens utilizadas para se realizar educação em saúde variam desde a simples disposição de informação até a utilização de complexos programas que envolvam estratégias de mudança de comportamento³⁴. Apesar do presente estudo

não ter investigado as metodologias adotadas, ainda assim foi possível observar que o simples relato de ter tido acesso à informação sobre como evitar problemas bucais tenha impactado na satisfação com os serviços de saúde utilizados.

Convém salientar que embora a pergunta relativa ao acesso à informação sobre como evitar problemas bucais não indique explicitamente a origem de tais informações, ela foi colocada no bloco de questões “Acesso aos serviços odontológicos”, exatamente conforme realizado no projeto SB Brasil 2003/2004³⁶. Nesse contexto, os entrevistados foram abordados quanto aos seguintes quesitos: *Já foi ao dentista alguma vez na vida? Há quanto tempo? Onde? Por quê? Como avalia o atendimento? Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?* Assim, seguindo a sequência das perguntas realizadas, observa-se que a questão foi aferida no âmbito dos serviços de saúde. O ambiente clínico apresenta uma importante oportunidade de aprendizagem, conferindo aos usuários maiores oportunidades de esclarecimento e procurando assegurar a todos o acesso aos recursos necessários para que cuidados odontológicos sejam, efetivamente, um direito humano³⁷.

Indivíduos pouco informados parecem usar os serviços odontológicos de forma pontual, frente a uma condição dentária precária ou de urgência³⁸. Desse modo, ao não oferecer informações, os serviços de saúde acabam por contribuir e até mesmo reproduzir iniquidades em saúde³⁹. Nesse aspecto, destaca-se que esses serviços devem cumprir seu papel de prover informações em quantidade e qualidade adequadas, contribuindo para o fortalecimento da equidade. Além disso, usuários mais informados e consequentemente mais satisfeitos tendem a se tornar mais confiantes, tanto quanto aos serviços, quanto a si mesmos, aumentando a sua autonomia⁴⁰ e fortalecendo o vínculo usuário/ profissional/ serviço de saúde.

Diante da necessidade dos serviços de saúde em promover a educação dos seus usuários, metodologias diversas vêm sendo propostas. A “alfabetização em saúde” (*health literacy*) desponta recentemente como um desfecho a ser perseguido por tais estratégias, pois refere-se aos resultados das atividades de educação e comunicação em saúde, com vistas à aumentar a capacidade dos indivíduos em usar de modo prático e eficiente tais informações (empoderamento)⁴¹. É nessa dimensão que os achados deste trabalho devem ser interpretados. Os serviços de saúde precisam, cada vez mais, oferecer informação de qualida-

de, objetivando melhorar e ampliar a capacidade de enfrentamento das dificuldades em saúde pelos usuários. O empoderamento do indivíduo por meio da oferta de informações em saúde contribui para o processo de autotransformação da pessoa, propiciando mais autonomia aos indivíduos envolvidos⁴⁰.

Entre os adultos investigados, 60,4% tiveram acesso à informação sobre como evitar problemas bucais. Estudo realizado em Taiwan, para verificar se a qualidade clínica percebida e a educação do paciente interferem na satisfação com os serviços de saúde utilizados, revelou que 76,3% tiveram acesso à informação sobre prevenção e controle de doenças²⁵. Essa elevada prevalência de acesso à informação nos serviços de saúde, possivelmente, contribua para explicar o alto percentual de satisfação observado em ambos os estudos. Embora, reconheça-se que o simples acesso à informação não seja determinante para induzir mudanças de comportamentos, a oferta de informações é fundamental, como o primeiro passo para se atingir os melhores níveis de alfabetização em saúde⁴².

A comunicação entre profissional e paciente é um aspecto primordial quando se aborda a oferta de informações nos serviços de saúde. O profissional de saúde torna-se elemento essencial já que serve de intermediário no processo de comunicação⁴⁰. Estudo realizado por Donabedian², verificou que a avaliação dos serviços de saúde aborda duas dimensões principais: o desempenho técnico e o relacionamento pessoal com o paciente, sendo que a maioria dos estudos atribui a satisfação a aspectos humanitários da relação profissional-paciente, entre eles, destaca-se a quantidade e a qualidade das informações recebidas^{43,44}. Portanto, a satisfação insere-se no componente relacional entre usuários e profissionais².

Em estudo de abordagem qualitativa realizado com usuários do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol – MG⁴⁵, os entrevistados destacaram a importância da relação interpessoal entre profissional e paciente, o que poderia influenciar, inclusive, o resultado do tratamento. O relacionamento paciente-dentista tem sido enfocado por diversos estudos⁶, sendo que alguns revelaram que aspectos relacionados à educação, cordialidade, gentileza e comunicabilidade desempenham um papel mais importante em relação à satisfação do paciente que propriamente a competência técnica profissional^{6,45}.

As condições normativas de saúde bucal não se mostraram associadas à satisfação com o uso dos serviços odontológicos. Embora essa asso-

ciação tenha sido prevista no modelo de Andersen e Davidson¹⁸, estudo prévio conduzido entre idosos, também não a encontrou³⁰. Características relacionadas às condições de autocuidado e à assistência odontológica durante toda a vida podem influenciar a situação normativa de saúde bucal, o que pode não acarretar insatisfação com o último atendimento odontológico³⁰.

Por outro lado, condições subjetivas de saúde bucal revelaram-se associadas à satisfação com os serviços odontológicos. Os adultos que autoperceberam sua mastigação negativamente (regular, ruim ou péssima) e os que autoperceberam incômodo na região da boca, cabeça e pescoço estiveram mais insatisfeitos com o uso dos serviços. A presença de questões subjetivas, negativamente percebidas, possivelmente reflete anseios/expectativas dos usuários que não foram acessados e/ou concretizados pelo serviço e, dessa forma, se manifestam como insatisfação. Outros estudos já revelaram que indivíduos que apresentam pior percepção de sua própria saúde são mais insatisfeitos com os serviços de saúde oferecidos^{24,30,31}. A menor insatisfação, entre os adultos que apresentaram percepção positiva de sua condição bucal, evidencia a importância da visão dos pacientes sobre sua própria saúde no momento em que avaliam a qualidade dos serviços de saúde utilizados^{18,19}, sendo que essa visão parece ser mais afetada pelos sintomas subjetivamente percebidos do que pelos sinais objetivamente observados.

Convém destacar, que dentre os fatores que se revelaram associados à insatisfação nesta investigação, a oferta de informações e a avaliação das questões subjetivas de autopercepção e de expectativa dos usuários, estão entre o rol de competências cabíveis aos serviços, ou seja, são passíveis de serem alteradas pelo mesmo. Assim, os serviços precisam estar atentos a tais questões a fim de se alcançar maiores níveis de satisfação a seus usuários.

Quanto às limitações deste estudo, inicialmente deve-se considerar que se trata de uma pesquisa transversal, apresentando, portanto, as limitações temporais inerentes a esse tipo de delineamento. Além disso, ao se determinar os fatores associados à satisfação com o uso dos serviços

odontológicos, seria necessário considerar, também, características próprias do serviço, como estrutura física das unidades de atendimento, formas de acesso aos serviços, entre outras. O presente trabalho, no entanto, abordou fatores individuais, ou seja, características dos indivíduos e não dos serviços que foram utilizados. Sendo assim, o *pseudo R square* (R^2), apesar de modesto (16,1%), pode ser considerado relevante, já que essa investigação não avaliou todas as dimensões que podem influenciar o desfecho. Além disso, nesta investigação foram utilizados apenas métodos quantitativos, sendo que uma combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos tem sido sugerida como a melhor opção para investigar a satisfação com o uso dos serviços de saúde⁴⁶.

Por outro lado, o plano amostral, a calibração dos examinadores, a coleta de dados registrada em computador de mão e a condução das análises considerando a correção pelo efeito de desenho foram estratégias que garantiram validade e confiabilidade aos dados.

Conclusão

O presente trabalho mostrou baixa prevalência de insatisfação com o uso dos serviços odontológicos entre os adultos. Fumantes e adultos mais velhos estavam menos insatisfeitos com o atendimento odontológico recebido. Em contrapartida, houve maior insatisfação entre os indivíduos que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais, que autopercebiam sua mastigação negativamente e que autopercebiam algum incômodo na região da boca, cabeça e pescoço. Os serviços precisam acessar as percepções e expectativas manifestadas pelos usuários, ultrapassando a visão puramente normativa da necessidade de tratamento. Além disso, precisam prover informações em quantidade e qualidade adequadas aos usuários, cumprindo seu papel de melhorar o acesso das pessoas às informações em saúde, tendo o conhecimento como pano de fundo para alcance da equidade em saúde bucal, aumentando a “alfabetização em saúde” da população e aumentando a satisfação dos usuários.

Colaboradores

LL Roberto realizou as análises, a interpretação dos dados e a redação do artigo. AMEBL Martins atuou na concepção do estudo, coordenou o trabalho de campo e o processamento dos dados. AMB Paula atuou na revisão crítica do artigo. EF Ferreira atuou na interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. DS Haikal atuou na concepção do estudo, contribuiu na análise, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao apoio logístico da Unimontes e da Prefeitura Municipal de Montes Claros, ao fomento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), a colaboração de todos os participantes que aceitaram participar desse estudo. LL Roberto é bolsista de mestrado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). AMEBL Martins é bolsista de Pós-Doc pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). AMB Paula e EF Ferreira são pesquisadores de produtividade do CNPq.

Referências

1. Esperidião MA, Trade LAB. Avaliação da satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica* 2006; 22(6):1267-1276.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1966; 260(12):1743-1748.
3. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. *Rev Bra Enferm* 1995; 48(2):109-119.
4. Gordis L. *Epidemiologia*. 4^a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
5. Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF):uma proposta de avaliação. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):429-435.
6. Bottan ER, Sperb RAL, Telles PS, Uriarte Neto M. Avaliação de serviços odontológicos: a visão dos pacientes. *Revista da ABENO* 2006; 6(2):128-133.
7. Emmi DT, Barroso RFF. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro - Pará. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):35-41.
8. Douglass CW, Sheets CG. Patients' expectations for oral health care in the 21st century. *JADA* 2000; 131(Supl.):3-6.
9. Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectations, perception and satisfaction with care. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(4):317-323.
10. Roncalli AG, Frazão P, Ely HC, Araújo IC, Pattus MP, Batista SM. Condições de saúde bucal em adultos: notas sobre a técnica de levantamento domiciliar. *Boletim da Saúde* 2002; 16(2):9-19.
11. Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63(9):1158-1161.
12. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6):1561-1569.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. [acessado 2015 fev 22]. Disponível em: <http://portalsauder.saude.gov.br/>
14. World Health Organization (WHO). *Oral Health surveys: basic methods*. 4th ed. Geneva: ORH EPID; 1997.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *PROJETO SB 2000 – Condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000*. Brasília: MS; 2000.
16. Martins AMEBL, Guimarães ALS, De-Paula AMB, Pires CPAB, Haikal DS, Silva JM, Silveira MF, Caldeira TCR, Eleutério NB, Silveira AM, Almeida BM, Almeida CM, De-Freitas CV, Botelho DMM, Chaves KTS, Pereira PMB, Lima RS, Pereira SM, Silva TF, Duarte VM, Silva VEP, Pordeus IA. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros - Projeto SBMOOC. *Rev Unimontes Científica* 2012; 14(1):3-14.
17. Queiroz RCS, Portela MC, Vasconcellos MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003):seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad Saude Publica* 2009, 25(1):47-58.
18. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11(2):203-209.

19. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):81-92.
20. Utah. Office of Public Health Assessment. *Health status in Utah: the medical outcomes study SF-12 (2001 Utah health status survey report)*. Salt Lake City: Utah Department of Health; 2004.
21. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36(1):25-33.
22. Locker D, Quinonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(1):3-11.
23. Myburgh NG, Solanki GC, Smith MJ, Laloo R. Patient satisfaction with health care providers in South Africa: the influences of race and socioeconomic status. *Int J Qual Health Care* 2005; 17(6):473-477.
24. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na região metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol Serv Saude* 2008; 17(4):247-257.
25. Tung YC, Chang GM. Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(3):206-213.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
27. Silva Filho JF, Cavalcanti MT, Cadilhe GR, Vilaça AT, Avancini E, Machado HO, Perecmans L, Maisonnnette MJ, Rocha EC, Carreteiro RO, Mozingo GMP, Pitta AM. Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no município de Niterói – RJ: a satisfação dos usuários como critério avaliador. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45(7):393-402.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasilia: MS; 2004.
29. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1651-1666.
30. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saude Publica* 2012; 46(6):1039-1050.
31. Rahmqvist M, Bara AC. Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 2010; 22(2):86-92.
32. Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet* 2005; 10(Supl.):303-312.
33. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *Br Med J* 2007; 335(7609):24-27.
34. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(4):231-235.
35. Macnab A, Kasangaki A. 'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. *Health Promot International* 2012; 27(1):63-73.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. *Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador*. Brasília: MS; 2001.
37. Narvaez PC. Collective oral health: ways from sanitary dentistry to buccality. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N esp):141-147.
38. Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PHS, Silveira MF, De-Paula AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):287-300.
39. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social Determinants of Tooth Loss. *Health Serv Res* 2003; 38(6 Pt 2):1843-1862.
40. Leite RAF, Brito ES, Silva LMC, Palha PF, Ventura CAA. Access to healthcare information and comprehensive care: perceptions of users of a public service. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(51):661-671.
41. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Internation* 2000; 15(3):259-267.
42. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelekan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 80(12):1-13.
43. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993; 50(1):49-79.
44. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13(8):669-682.
45. Reis C, Martelli-Júnior H, Franco BM, Santos AA, Ramalho LMP. Avaliação do serviço de saúde bucal no município de Grão Mogol, Minas Gerais, Brasil: "a voz do usuário". *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1287-1295.
46. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes M. O estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):581-589.

Artigo apresentado em 20/05/2015

Aprovado em 27/12/2015

Versão final apresentada em 29/12/2015