

**UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI  
FERNANDO LEONEL RODRIGUES**

**HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO: A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES**

**São Paulo  
2017**

**FERNANDO LEONEL RODRIGUES**

**HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO: A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo de Gil Torres.

**São Paulo  
2017**

R613h Rodrigues, Fernando Leonel  
Hospitalidade e Humanização no atendimento odontológico:  
Análise da percepção dos pacientes / Fernando Leonel  
Rodrigues. – 2017.  
106f.: il.; 30 cm.

Orientador: Ricardo de Gil Torres.  
Dissertação (Mestrado em Hospitalidade) - Universidade  
Anhembi Morumbi, São Paulo, 2017.  
Bibliografia: f. 95-100.

1. Hospitalidade. 2. Humanização. 3. Qualidade. 4. Encontro de  
Serviços. 5. Atendimento Odontológico. I. Título.

CDD 647.94

**FERNANDO LEONEL RODRIGUES**

**HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO NO  
ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: A PERCEPÇÃO DOS  
PACIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentado à Banca Examinadora, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo de Gil Torres.

Aprovado em    /    /

---

Prof. Dr. Ricardo de Gil Torres

---

Prof. Dr. Sergio Moretti/ UAM

---

Prof. Dr. Celso Zilbovicius / USP

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me sustentado até aqui.

Agradeço, especialmente, ao meu orientador prof. Dr. Ricardo de Gil Torres pela parceria durante todo o curso e por ter apostado comigo neste tema.

Aos professores Airton Cavenaghi, Hamilton Pozo, Sênia Bastos e Sergio Moretti, pelas aulas memoráveis e informações valiosas para minha formação.

Às professoras Elizabete Kyoko Wada e Miriam Rejowski, pela grande ajuda na construção do perfil pesquisador deste estudante.

Aos meus pais, que sempre acreditaram e incentivaram a continuidade dos meus estudos.

A minha filha Ana Julia, por todas as vezes que recusei uma brincadeira pela necessidade de ler mais artigos.

Aos meus colegas de classe Ana Claudia, Antonio, Beatriz, Ruan e Zenir. pelo apoio e companheirismo.

Ao amigo Nilton Furtado, pela parceria e diversas trocas de experiências.

E, a amiga Vanuza Bastos, que por diversas vezes me deu confiança para continuar esta caminhada.

Dedico esta dissertação aos professores que me apoiaram na busca do conhecimento possibilitando a construção de um perfil pesquisador.

Aos meus pais, pelo apoio na minha formação acadêmica.

A minha filha, que sempre será o motivo de minha constante melhoria.

*O período de maior ganho em conhecimento e experiência é o período mais difícil da vida de alguém.*

Dalai Lama

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar a percepção dos pacientes odontológicos em relação ao atendimento prestado pelos dentistas nos aspectos de hospitalidade, humanização, qualidade e encontro de serviços. Apoiou-se no modelo SERVQUAL para compor o referencial teórico e incorporou-se o modelo de Odontologia Baseada em Evidências (EBD). A fundamentação teórica teve como base as áreas de odontologia, hospitalidade, humanização da saúde, qualidade e encontro de serviços. O problema de pesquisa centrou-se em: como o paciente particular e o paciente de convênio percebem os aspectos de hospitalidade e humanização no relacionamento com o dentista? Para responder a esta questão realizou-se uma investigação empírica de caráter descritivo e exploratório. Para tanto, aplicou-se um questionário para a coleta de dados em 342 pacientes particulares na cidade de São Paulo e Guarulhos, localizadas no estado de São Paulo, resultando na alta confiabilidade interna das respostas. A análise dos dados obtidos pela pesquisa mostra que a percepção dos aspectos de hospitalidade e humanização dos pacientes usuários de convênios odontológicos é inferior quando comparada com os pacientes particulares. Isto é, os pacientes de convênio percebem que quando o tratamento ocorre via convênio odontológico o atendimento apresenta-se menos hospitaleiro por parte dos dentistas e com a relação de confiança reduzida pelo paciente.

Palavras-chave: Hospitalidade. Humanização. Qualidade. Encontro de Serviços. Atendimento odontológico.



## **ABSTRACT**

This study aims at analyzing the perception of dental patients in relation to the care provided by dentists highlighting the aspects of hospitality, humanization, quality and service encounter. Its theoretical frame is based upon the SERVQUAL model as well as the Evidence Based Dentistry model (EBD). It establishes a dialogue between the areas of Dentistry, Hospitality, Health Care Humanization, Quality and Service Encounter. The main problem around which the study was developed was: how do patients – either paying themselves for the treatment or through a dental insurance plan - perceive the aspects of hospitality and humanization in their dentist-patient relationship? In order to answer the question, a descriptive and exploratory empirical investigation was carried out. A questionnaire was applied to 342 patients from private practice in the cities of São Paulo and Guarulhos. The responses presented a high internal reliability. Data analysis shows that dental insurance plan patients' perception of hospitality and humanization is inferior to those of paying patients. In other words, dental insurance plan patients perceive a less hospitable dentist treatment and the dentist-patient trust relationship is weaker.

Keywords: Hospitality. Humanization. Quality. Service encounter. Dental Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Atividades relacionadas com a hospitalidade .....	25
Figura 2 - Representação heurística do modelo de odontologia centrada na pessoa .....	37
Figura 3 - Tríade do encontro de serviços .....	44

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento - Brasil – 2013 .....	41
Gráfico 2 - Frequência da visita ao dentista, distribuída segundo a modalidade do plano do usuário e por sexo .....	63
Gráfico 3 - Distribuição dos respondentes, segundo a frequência de visitas ao dentista, o grau de instrução e o sexo .....	64
Gráfico 4 - Distribuição dos respondentes, segundo a motivação para visitar o dentista, por sexo e grau de instrução .....	65
Gráfico 5 - Distribuição dos respondentes, segundo os motivos da ida ao dentista por faixa etária e por sexo .....	66
Gráfico 6 - Distribuição de pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos simpatia e motivação .....	67
Gráfico 7 - Distribuição de pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos simpatia e motivação.....	68
Gráfico 8 - Distribuição de pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos explicação e compreensão .....	69
Gráfico 9 - Distribuição de pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos explicação e compreensão .....	70
Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de poder equilibrado e respeito ao ritmo, medos e expectativas .....	71
Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de poder equilibrado e respeito ao ritmo, medos e expectativas .....	72
Gráfico 12 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e convênios, segundo os aspectos de importância da saúde bucal e saúde em geral .....	73
Gráfico 13 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e convênios, segundo os aspectos de importância da saúde bucal e saúde em geral .....	74

Gráfico 14 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos tempo e execução do tratamento ....	75
Gráfico 15 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos tempo e execução do tratamento ....	76
Gráfico 16 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de atenção da recepcionista e acompanhamento posterior .....	77
Gráfico 17 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de atenção da recepcionista e acompanhamento posterior .....	78
Gráfico 18 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos higiene, limpeza e agradabilidade da salas .....	79
Gráfico 19 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos higiene, limpeza e agradabilidade da salas .....	80
Gráfico 20 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de confiança e biossegurança .....	81
Gráfico 21 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de confiança e biossegurança .....	82
Gráfico 22 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de recomendação e pagamento .....	83
Gráfico 23 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de recomendação e pagamento .....	84

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões filosóficas de humanização e desumanização .....	31
Quadro 2 - Atributos de pesquisa de satisfação do paciente .....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil - 2003-2015) .....	42
Tabela 2 - Média, desvio padrão, coeficiente de variância .....	56
Tabela 3 - Correlações entre variáveis do pré-teste .....	58
Tabela 4 - <i>Alpha de Conbrach</i> do pré-teste .....	59
Tabela 5 - Média e desvio padrão da amostra .....	60
Tabela 6 - <i>Alpha de Conbrach</i> das variáveis de pesquisa .....	61
Tabela 7 - Distribuição dos respondentes, segunda a faixa etária .....	62
Tabela 8 - Correlações entre variáveis .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

DSQ - *Dental Satisfaction Questionary*

DVSS - *Dental Visit Satisfaction Scale*

EBD - *Evidence Based Dentistry*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM - *International Business Machines*

MEC - Ministério da Educação

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

VAS - *Visual Analogic Scale*

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO .....</b>	<b>20</b>
1.1 Conceito de Hospitalidade .....	20
1.2 Domínios de hospitalidade .....	24
1.3 Hospitabilidade .....	27
1.4 Humanização na Saúde .....	29
1.5 Relação entre hospitalidade e humanização na odontologia.....	33
<b>CAPÍTULO 2 ODONTOLOGIA E O ENCONTRO DE SERVIÇOS .....</b>	<b>39</b>
2.1 Odontologia no Brasil .....	39
2.1.1 Planos de Saúde Odontológicos .....	42
2.2 O Encontro de serviços .....	44
2.3 Fatores que influenciam na percepção da qualidade do paciente odontológico .....	48
<b>CAPÍTULO 3 METODOLOGIA .....</b>	<b>54</b>
3.1 Resultados do pré-teste .....	56
3.2 Confiabilidade da amostra .....	59
<b>CAPÍTULO 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>62</b>
4.1 Constructos hospitalidade e humanização .....	67
4.2 Constructos qualidade e encontros de serviços .....	74
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>100</b>



## INTRODUÇÃO

Desde a implementação do Plano Nacional de Humanização da Saúde, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é crescente o interesse dos profissionais que atuam na área pelo tema. A abordagem da humanização propõe tratar o paciente de maneira que este se sinta o menos desconfortável possível durante sua estadia no serviço de saúde. Portanto, humanizar seria ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, melhorias dos ambientes de cuidados de saúde e das condições de trabalho (BRASIL, 2004).

Os conceitos de vínculo, acolhimento e alteridade, que são imprescindíveis na humanização da saúde, também são abordados na hospitalidade. Com base na hospitalidade da dádiva o anfitrião procura acolher bem o seu hóspede, de longa ou curta data, doando-se em benefício do seu visitante (MAUSS, 2003). Entende-se como função básica da hospitalidade estabelecer um relacionamento ou promover um relacionamento previamente estabelecido (LASHLEY, 2004).

O interesse deste pesquisador pela humanização da saúde e sua relação com a hospitalidade surge do seu contato próximo com a odontologia. Nascido e criado em uma família em que a irmã caçula é dentista e o pai é técnico em prótese dentária, sua vida foi sempre ligada a consultórios odontológicos. Este pesquisador decidiu não seguir a profissão por entender que lhe falta o dom para lidar tão intimamente com as pessoas, cuidar de sua saúde e estabelecer seus sonhos ligados à uma boa saúde bucal. Poucos dias, antes de participar do processo seletivo do Mestrado em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi, período em que fez uma imersão no tema Hospitalidade, este pesquisador foi acometido por uma dor de dente resultando na extração de um dente siso. O procedimento, iniciado no consultório de sua irmã, precisou ser concluído em um hospital, com anestesia geral, para evitar um sofrimento maior para o paciente. Durante o período pós-operatório, ainda estudando para a prova do Mestrado, foi possível analisar a situação sob uma nova ótica, considerando a preocupação da dentista com o seu paciente sentindo dor, o ambiente frio e estéril do hospital, a dedicação das enfermeiras para que a estada do doente fosse a mais curta e menos complicada possível.

Nesta história é evidente a preocupação do profissional com o bem-estar do paciente, a minimização da dor, colocá-lo em igualdade no processo de tomada de decisão e acompanhá-lo durante o tratamento e sua recuperação, partes fundamentais da humanização e, ainda, das características hospitaleiras descritas por Telfer (2004) e Blain e Lashley (2014).

Lashley (2004) circunscreve a hospitalidade em três domínios: doméstico, social e comercial. O domínio doméstico está ligado ao acolher em sua própria casa, sujeito à intrusão do hóspede e a uma ampla generosidade do anfitrião. O domínio social está relacionado com a caridade, dar alimentos e conforto para os necessitados. O domínio comercial da hospitalidade, por sua vez, é uma forma específica de relacionamento entre pessoas com o objetivo de satisfazer os clientes e visar a recompra.

O principal foco da hospitalidade são as relações individuais, mesmo porque, a hospitalidade sempre se refere a pessoas e espaços, e não a empresas como reforça Camargo (2004). Quando é a socialidade da empresa, impessoal, sobrepõe a socialidade individual, a lei não escrita da dívida deixa de imperar.

Gotman (2009) e Ritzer (2007) questionam a hospitalidade comercial colocando-a como encenada e com o único objetivo de se ter lucro. Lashley (2004) considera que os motivos para ser hospitaleiro no domínio comercial são basicamente não-pertinentes. Isto é, o desejo de suprir com exatidão a “quantidade de hospitalidade” que assegurará a satisfação do hóspede ou convidado, limitando o número de reclamações e tendo como objetivo o desejo de gerar uma visita de retorno enquanto apura-se o lucro.

Para o visitante, há pouco senso de obrigação mútua relativo ao contexto doméstico. Ou seja, ao fazer o pagamento a reciprocidade deixa de ser uma obrigação. Raras vezes o hóspede pressente que os papéis serão invertidos e que ele se tornará anfitrião em outra ocasião. A troca financeira isenta o hóspede da obrigação mútua e da lealdade (LASHLEY, 2004).

Telfer (2004), porém, defende a “hospitabilidade”, nome dado às características das pessoas hospitaleiras, sendo possível estabelecer a noção de um bom hospedeiro. Aquele que cumpre todas as tarefas de um anfitrião, e não somente as convenções predeterminadas, ou seja, um bom hospedeiro será alguém que deixará seus hóspedes felizes, ou tão felizes quanto seus esforços e ajuda forem capazes enquanto permanecerem sob seu teto.

O comportamento genuinamente hospitaleiro requer um motivo adequado. Para ser considerado hospitaleiro deve-se observar a constância com que ocorre o comportamento hospitaleiro. Uma pessoa hospitaleira possui comportamentos atenciosos e comprometidos frequentemente. Um bom hospedeiro tem de ser hábil e atencioso. As pessoas hospitaleiras são atenciosas, mas não são necessariamente hábeis, portanto, podem não ser bons hospedeiros (TELFER, 2004).

A consulta ao dentista é carregada de significado emocional para o paciente constituindo-se, para muitos, numa relação íntima e invasiva. Faz-se necessário conscientizar o paciente de que, além do caráter estético e do alívio da dor, o trabalho do dentista tem um compromisso com a saúde bucal ao longo prazo. O paciente que é tratado com atenção torna-se mais cooperativo durante o procedimento clínico. O dentista que usa da empatia estabelece uma relação que minimiza a ansiedade do paciente. Portanto, confiança, segurança, tranquilidade e serenidade devem ser privilegiados pelo dentista durante o tratamento (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2013).

São recorrentes, na literatura sobre humanização, termos como o acolhimento, o vínculo, o relacionamento e a empatia, comuns, também, nos estudos de hospitalidade.

Assim, esta pesquisa, procura analisar a proximidade que existe entre a humanização do tratamento de saúde e a hospitalidade. Autores da área de odontologia como Nobre et. al. (2012); Soares, Reis e Freire (2014); Mota, Santos e Magalhães (2012); Martins et. al. (2014); Araújo e Dimenstein (2006) e Campos et. al. (2012) demonstram em suas pesquisas a necessidade de ampliar os estudos sobre a humanização do atendimento odontológico e as características pessoais que o dentista deve desenvolver para promover o acolhimento de seus pacientes antes, durante e depois da consulta.

Na área de prestação de serviços a empresa deve dedicar muito esforço para que esse momento seja bem-sucedido, pois cada interação pode contribuir para a consolidação, o prolongamento, a erosão ou a dissolução de um relacionamento. Durante o encontro de serviço o cliente tem a oportunidade de avaliar a habilidade da empresa em cumprir o que promete (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). Para uma gestão eficaz dos encontros de serviços, dentro de uma perspectiva relacional, é preciso criar situações benéficas para os pacientes e prestadores, tendo por

objetivo criar e fortalecer os vínculos interpessoais fundamentados no conhecimento recíproco (BITNER, 1995).

A metodologia utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa foi uma investigação empírica, de caráter descritivo e exploratório. Após o desenvolvimento da teoria pertinente a este estudo construiu-se as variáveis relacionadas à hospitalidade e à humanização voltadas para o atendimento odontológico. Foram estudados os aspectos ligados à qualidade da prestação de serviços utilizando o modelo SERVQUAL comumente encontrado como base em pesquisas sobre atendimento odontológico em países como Canadá, Grécia, Irã, Malásia e Taiwan (PARASURAMAN, ZEITHAML; BERRY, 1988). O SERVQUAL busca medir a lacuna entre a expectativa e a percepção da qualidade do serviço recebido.

Realizou-se um pré-teste em uma clínica odontológica, situada na cidade de Guarulhos-SP, aplicado em 15 respondentes, pacientes frequentes e maiores de 18 anos. O instrumento de pesquisa utilizado (ver APÊNDICE A) possui 18 perguntas relacionadas com as características pessoais do dentista, custo, forma de pagamento e cordialidade da equipe de apoio. E ainda, se a opinião do paciente foi considerada e se houve preocupação por parte do dentista em relação a dor e a angústia do paciente durante o tratamento.

No pré-teste todos os elementos da pesquisa apresentaram *alpha de Conbrach* acima de 0,70, indicando alto índice de confiabilidade interna das respostas. O elemento que teve pontuação mais alta foi a preocupação do profissional com a higiene, (4,93) numa escala de 1 a 5. E, o elemento com pontuação mais baixa foi a concordância do valor do tratamento como adequado (3,93), porém, este item foi afetado pelo fato dos pacientes que possuem plano de saúde odontológico desconhecerem qual o real valor dos tratamentos realizados.

Nesse sentido, esta pesquisa apresenta o seguinte problema: Como o paciente particular e o paciente de convênio percebem os aspectos de hospitalidade e humanização no relacionamento com o dentista?

Para responder a esta pergunta elencou-se três hipóteses:

- . H1 - O paciente não percebe o interesse do dentista em sua saúde como um todo, preocupando-se somente com a saúde bucal.
- . H2 - O paciente de convênio percebe um tratamento diferenciado em relação ao paciente particular.

. H3 - A dinâmica do atendimento dado ao paciente do convênio dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança entre este e o dentista.

Por objetivo geral esta pesquisa pretendeu analisar o relacionamento do paciente e dentista.

Por objetivos específicos:

- a) analisar o relacionamento do paciente e dentista nos aspectos de hospitalidade;
- b) analisar o relacionamento do paciente e dentista nos aspectos de humanização;
- c) analisar o relacionamento do paciente e dentista nos aspectos de qualidade; e
- d) analisar o relacionamento do paciente e dentista nos aspectos de encontro de serviços.

Como palavras-chave a pesquisa apresenta: Hospitalidade; Humanização; Encontro de Serviços; Qualidade; Atendimento odontológico.

A revisão teórica do trabalho foi organizada com o propósito de oferecer subsídios para a construção das variáveis de pesquisa, características hospitaleiras dos dentistas em relação aos seus pacientes.

No primeiro capítulo, procurou-se conceituar a hospitalidade e, para tanto, foram relacionados autores com Lashley (2004), Brotherton e Wood (2004), Montandon (2011), Camargo (2004), Selwin (2004). No primeiro item, domínios da hospitalidade, uma divisão proposta por Lashley (2004) relaciona a hospitalidade em três esferas: doméstica, social e comercial, dando ênfase para a terceira esfera em que se encontra o objeto de estudo. No segundo item, é tratado o conceito de hospitabilidade definido por Telfer (2004) e ampliado por Blain e Lashley (2014). Descreve-se também as características hospitaleiras das pessoas, aquelas que sentem prazer em bem-receber. E, ainda, conceitua-se a humanização da saúde, processo iniciado em 2004 com a implantação do Plano Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) que visa além de avanços tecnológicos, melhorar o relacionamento entre a equipe de saúde e o paciente, por meio do acolhimento e do vínculo, que são muito próximos da hospitalidade. O quinto item, apresenta a relação existente entre a hospitalidade e a humanização e como os estudos da área de saúde consideram essas práticas. Finalizando este capítulo, analisa-se a proximidade dos estudos de humanização com os estudos da hospitalidade.

No segundo capítulo, apresenta-se o cenário da odontologia brasileira por meio de dados demográficos do atendimento e da consolidação do plano de saúde como forma de acesso ao serviço odontológico. No item Encontro de Serviços relaciona-se os autores que abordam este tópico sob a ótica do marketing de relacionamento e, ainda, como ocorre a relação cliente-prestador de serviços.

No terceiro capítulo, descreve-se a metodologia utilizada com o objetivo de medir a valorização das características hospitalares pessoais dos dentistas, por meio de perguntas fechadas e análises estatísticas e realiza-se a discussão dos assuntos abordados nos capítulos anteriores como também, a apresentação do pré-teste realizado para a coleta dos dados para a pesquisa final. Em seguida, analisa-se os dados coletados na pesquisa de campo após a sua organização e tratamento por intermédio do teste de confiabilidade interno das respostas: o software estatístico IBM SPSS 20, apurando-se o *alpha de Cronbach*, a média, o desvio padrão, a variância e as correlações entre as variáveis.

No quarto capítulo, desenvolve-se as considerações finais descrevendo as limitações encontradas e as contribuições que esta pesquisa oferece: avanços e recomendações para futuros trabalhos.

## **CAPÍTULO 1 HOSPITALIDADE E HUMANIZAÇÃO**

### **1.1 Conceito de Hospitalidade**

A hospitalidade é sinal de civilização e de humanidade. É concebida como uma forma essencial de interação social e, também, como uma maneira própria da hominização. A hospitalidade é a maneira de viver em conjunto, regida por regras, ritos e leis. Uma das características que marcam a atitude do hospedeiro é o gesto de oferecer bebida e comida. Mas, a hospitalidade, não se reduz ao simples oferecimento de um repasto e de um abrigo livremente consentidos: “a relação interpessoal instaurada implica uma relação, um vínculo social, valores da sociedade e de sociabilidade” (MONTANDON, 2011, p. 31).

Nas relações de hospitalidade, tudo começa na soleira, limite entre dois mundos, o interior e o exterior, o dentro e o fora. A soleira é a etapa decisiva semelhante a uma iniciação. Quando o hóspede ultrapassa essa barreira inicia-se a ação de acolhimento pelo anfitrião e, por outro lado, a submissão do hóspede às regras da casa. O anfitrião terá o zelo de proporcionar bem-estar ao visitante, gerando o sentimento de pertencimento. A transição da soleira implica tacitamente para o convidado o aceite das regras do outro (MONTANDON, 2011).

A hospitalidade é intrusiva, comporta, querendo ou não, uma face de violência, de ruptura, de transgressão, a “hos-ti-pitalidade - neologismo forjado por Derrida para dizer a hospitalidade incondicional interrompida e contaminada, pervertida” (BERNARDO, 2002, p. 422).

A hospitalidade está associada a alguns outros comportamentos. Enquanto é clara a ligação da hospitalidade com as obrigações morais, relacionadas a doutrinas religiosas, há uma percepção que, com qualquer ato relacionado à hospitalidade, diversos tipos de prazeres estão envolvidos, como a transgressão e o excesso, que vão muito além da chamada ao dever ligado ao sagrado. Enquanto a essência da hospitalidade reside na partilha de alimentos e acolhimento, o processo real desse partilhar pode envolver a dominação, em que na sociedade contemporânea, uma classe deseja demonstrar sua condição econômica, por consequência, inferiorizando a classe social com menos recursos (SELWIN, 2004).

O gesto da hospitalidade é, de início, o de descartar a hostilidade latente de todo ato de hospitalidade, pois, o hóspede, o estrangeiro, aparece frequentemente como hostil: seja pobre, marginal, errante, sem domicílio fixo, louco ou vagabundo, ele encerra uma ameaça. A primeira ameaça, antes do parasitismo, é a intrusão. Para isso são erigidas regras de polidez, a fim de apagar, tanto quanto possível, o caráter hostil da intrusão. É conveniente que o hóspede se sinta com liberdade e em casa. É preciso tratá-lo de maneira que perceba que é considerado como de casa, e que seja persuadido de que nem sua pessoa e nem sua estadia representa de forma alguma um fardo (MONTANDON, 2011).

A hospitalidade não é um processo unidirecional, nem algo exclusivamente comportamental por natureza. Não envolve apenas a demonstração de comportamento apropriado e hospitaleiro, mas a reciprocidade desse comportamento, de modo que a hospitalidade inclua um processo de troca bidirecional (BROTHERTON; WOOD, 2004).

As virtudes e os prazeres estão relacionados à hospitalidade. O ato de oferecer ao estrangeiro uma bacia para lavar os pés, alimento e vinho ou prover alimentação para os pobres e cuidar dos enfermos e idosos eram reconhecidos na Idade Média como virtude. Porém, há uma faceta da hospitalidade além da virtude que encontra-se associada às características lúdicas do excesso, da variedade e do prazer. Ao proporcionar um banquete para muitas pessoas, o anfitrião faz questão de demonstrar excessos e vaidades e, ainda, é evidente a diferenciação por *status* social: a divisão entre ricos e pobres. A hospitalidade parece existir muitas vezes associada não só a benevolência e às boas ações, mas também aos prazeres e vaidades (SELWIN, 2004).

Quando está sob os cuidados de um anfitrião, o hóspede torna-se um refém na medida em que é sujeito posto em questão, mesmo sendo desejada e com o esforço de quem acolhe em proporcionar o bem-estar, ocorre a intrusão. O convidado esperado ocupa física e psicologicamente o espaço e o tempo, ele exige para quem o recebe uma responsabilidade, uma obrigação, que é o cerne da hospitalidade. O limite temporal da estadia também é obrigatório, a regra de três dias parece difundida sob forma de provérbio em numerosas culturas, tanto entre os árabes e os alemães que explicam que, ao final de três dias, o hóspede, como o peixe começa a feder.



O processo de integração do hóspede consiste em submeter o outro a uma lei determinada pelo anfitrião, exigindo sua metamorfose, sua transformação. Isto é, exercer, de certa maneira, uma violência. A hospitalidade se distingue desse tipo de acolhida integradora pelo respeito da alteridade como tal, sem vontade do que é submissão a uma lei, permitir ao hóspede que faça uso de seus costumes e cultura. A hospitalidade cessa quando começa a integração, ou seja, na medida em que o hóspede se integra à comunidade acolhedora. Assim a hospitalidade fica entre dois limites: a rejeição e a absorção (MONTANDON, 2011).

A hospitalidade possui a característica de romper os limites da propriedade. A instauração da propriedade pode ser pensada como condição da hospitalidade: só podemos oferecer aquilo que nos pertence. Mas, o anfitrião, sacrifica seu bem para seu convidado. Os constrangimentos do hóspede se acham particularmente reforçados nos espaços institucionalizados que sublinham com ênfase os seus deveres onde é abrigado, sendo submetido a múltiplos regulamentos que podem ser sentidos como atos de violência. Os deveres do hóspede num espaço doméstico são livremente escolhidos por ele, neste último caso eles são, na maioria das vezes, firmemente impostos (MONTANDON, 2011).

Entende-se como função básica da hospitalidade o estabelecer de um relacionamento ou a promoção de um relacionamento previamente estabelecido. Os atos relacionados com a hospitalidade obtêm este resultado no processo de troca de produtos e serviços, tanto materiais quanto simbólicos, entre aqueles que dão hospitalidade (anfitriões) e aqueles que recebem (hóspedes). Uma das principais funções de qualquer ato de hospitalidade é consolidar o reconhecimento de que os atores da hospitalidade já partilham do mesmo universo moral, geralmente, participando do mesmo convívio social ou, ainda, que construindo um novo universo moral em que ambos concordam em participar (LASHLEY, 2004; BROTHERTON, WOOD, 2004).

O acolhimento é previsto na lei incondicional da hospitalidade, que manda acolher todo o recém-chegado, antes mesmo de perguntar seu nome ou pedir credenciais, pois a hospitalidade passa inevitavelmente pelo endereçamento à singularidade do outro numa cena de dualidade assimétrica, “a hospitalidade absoluta, aquela que, incondicionalmente, se dispõe a acolher o outro na sua estranheza, isto é, dissociado de toda e qualquer pertença, no registro do instituído ou da condicional idade” (BERNARDO, 2002, p. 424).

Grinover (2006) indica que a hospitalidade supõe a acolhida, como sendo uma lei superior e universal da humanidade. “Acolher é permitir sob certas condições, a inclusão do outro no próprio espaço” (GRINOVER, 2006, p. 32). Hospitalidade em seu significado básico é a oferta de alimentos, bebidas e acomodação para pessoas que não são membros da casa. Os que oferecem hospitalidade são chamados de anfitriões, partilhando seu próprio sustento e a sua casa com os seus hóspedes. O anfitrião assume a responsabilidade pelo bem-estar integral de seu hóspede, devendo lhe proporcionar felicidade durante sua estadia em sua casa. Originalmente, o mais importante era zelar pela segurança do hóspede. A hospitalidade era uma espécie de santuário e considerava-se o anfitrião como alguém que assumia a obrigação de assegurar que nenhum mal aconteceria com seu hóspede (TELFER, 2004).

Os atos relacionados com a hospitalidade são estruturalmente de metamorfose, que visam transformar estranhos em conhecidos, inimigos em amigos, amigos em melhores amigos, forasteiros em pessoas íntimas, não-parentes em parentes. A aceitação e a inclusão podem rapidamente se transformar em hostilidade e rejeição. A hospitalidade e a hostilidade têm em comum o fato de que ambas são expressões da existência de um relacionamento e não de sua negação (SELWIN, 2004).

Para Heal (1990 apud SELWIN, 2004), em estudo sobre a hospitalidade inglesa do século XVII, as virtudes da hospitalidade eram altamente consideradas e constantemente pregadas em sermões e escritos do clero que destacavam as famílias que ofertavam banquetes para os pobres. Essas virtudes são evidenciadas em escritos bíblicos e, também, na história da Grécia e Roma antiga, ocupando um lugar central na vida social. A hospitalidade inglesa durante este período se pautava por cinco princípios: a) o relacionamento entre o anfitrião e o hóspede é um relacionamento natural; b) uma qualidade intrínseca do anfitrião é a consideração pela natureza sagrada do hóspede; c) a hospitalidade é nobre; d) a concessão altruísta é uma parte estabelecida e esperada da vida social inglesa; e e) a hospitalidade, os relacionamentos e as trocas sociais por ela engendrados são, no mínimo, tão importantes quanto aqueles nas relações empresariais.

Em latim hóspede se diz *hostis* - estrangeiro, desconhecido, hostil - e *hospes* - senhor, dono, pai, chefe da família (BENVENISTE, 1995). Ambas se relacionam intimamente pela constatação de que são meios alternativos de expressar o

relacionamento com o outro, ressaltando que o oposto da hospitalidade não é tanto declarar guerra, mas ignorar a existência do outro.

Um marco nos estudos de hospitalidade é a publicação do livro “Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado” (BROTHERTON; WOOD, 2004). Nele, Lashley (2004) aborda a hospitalidade colocando-a no centro do fenômeno do encontro entre o anfitrião e o hóspede e que pode ser desenvolvido sob três domínios inter-relacionados de atuação: privado ou doméstico, social ou cultural e comercial, todos com influência entre si.

As relações humanas são compostas pela combinação de elementos tangíveis e intangíveis, cuja exata proporção varia conforme as condições específicas das diferentes situações de troca de hospitalidade. A Hospitalidade associa-se a formas particulares de comportamento e interação humana e não é inevitavelmente sinônimo de comportamento hospitaleiro, que é necessário, mas não suficiente para a existência da hospitalidade. Em síntese, é “uma troca humana contemporânea, assumida voluntariamente e concebida para aumentar o bem-estar mútuo das partes envolvidas mediante oferta de acomodação e/ou alimento e/ou bebida” (BROTHERTON; WOOD, 2004, p. 202).

## **1.2 Domínios de hospitalidade**

Lashley (2004) divide a hospitalidade em três domínios: privado, social e comercial, nos quais cada parte representa um aspecto de oferta da hospitalidade, que é tanto independente como sobreposto. Conforme demonstrado na figura 1, cada domínio contribui com aspectos relacionais diferentes e, ao centro, é indicado o momento da experiência relativa à hospitalidade.

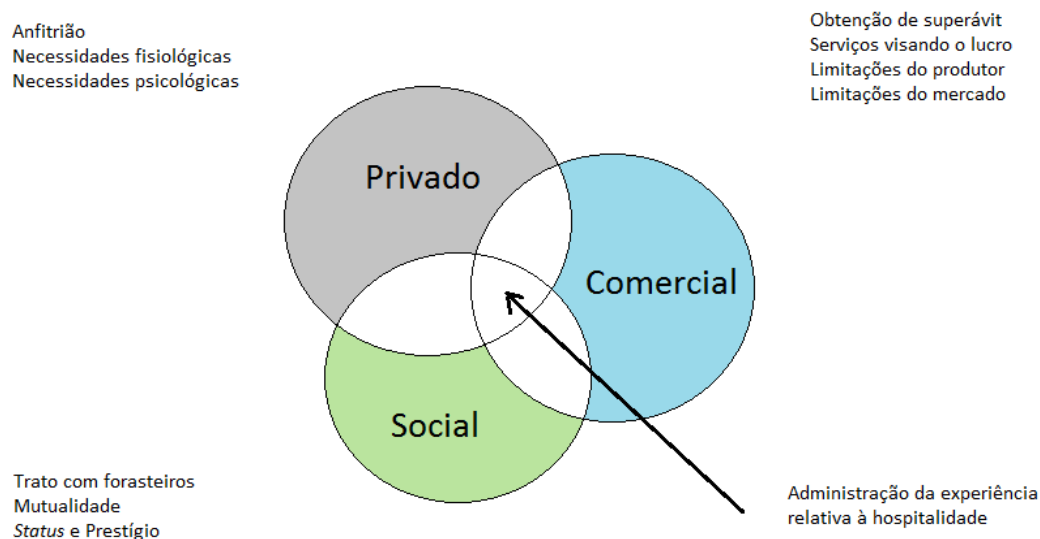


Figura 1 - Atividades relacionadas com a hospitalidade  
 Fonte: Adaptado de Lashley (2004; 2015).

O domínio social da hospitalidade, mais evidente nas sociedades pré-industriais como posição central nos sistemas de valores e também um forte influenciador de imperativo moral, consiste em compartilhar alimentos com os que necessitam, partícipes da sociedade local ou viajantes. Representa o conjunto de comportamentos da vida privada, que extrapola a relação doméstica e se expande para as outras esferas das relações sociais (QUADROS, 2011).

Lashley(2004; 2015) considera no domínio social ou cultural os contextos sociais nos quais a hospitalidade e seus atos ocorrem especificamente. São citados diversos trabalhos antropológico-sociais referentes aos tratamentos ofertados aos forasteiros. Diversas sociedades possuem obrigações culturalmente definidas e particularmente fortes para recepcionar os forasteiros, provendo alimento, bebida e acomodação. Pregava-se o dever de não ser generoso apenas com o forasteiro e sua família imediata, mas aquele que também dependia da caridade de seus vizinhos.

O cenário doméstico ou privado da hospitalidade pode ser o foro para a intersecção entre os domínios doméstico e social. A recepção de hóspedes em ambientes domésticos proporciona a oportunidade de situar o indivíduo e a família no contexto de civilidade. Há uma experiência cultural para o indivíduo que recebe a hospitalidade e precisa se habituar com as regras do lugar, respeitando a presença

e o espaço do anfitrião. Porém, há a experiência, a exposição social, a satisfação de necessidades e de *status* de quem recebe o visitante (LASHLEY, 2004).

E, por fim, o domínio comercial, que difere dos outros dois domínios por não ocorrer a troca monetária, porém, existe a necessidade da reciprocidade visto que em dado momento se recebe e, em outro, será recebido. A hospitalidade comercial tem em sua base a reciprocidade com base na troca monetária e dos limites da concessão de satisfação aos hóspedes que, no fim, causam impacto sobre a natureza da conduta hospitaleira e da experiência da hospitalidade. Tanto o anfitrião quanto o hóspede entram em uma conjuntura de hospitalidade com reduzido senso de reciprocidade e obrigação mútua (LASHLEY, 2004).

A hospitalidade comercial é uma forma específica de relacionamento entre pessoas com o objetivo de satisfazer os clientes e visar a recompra. É sempre válido retornar o foco para as relações individuais, pois a hospitalidade refere-se a pessoas e espaços e, não, a empresas, como reforça Camargo (2004). Quando a socialidade da empresa - impessoal - sobrepõe a socialidade individual, a lei não escrita da dádiva deixa de imperar.

Assim, a hospitalidade comercial acaba sendo mais do que o encontro em si, torna-se uma experiência pessoal mais ampla. Considerando a hospitalidade como virtude e intrínseca à natureza humana, é possível que um funcionário seja genuinamente hospitaleiro. Utilizando-se de uma abordagem mais abrangente da oferta da hospitalidade e dos atos hospitaleiros, as organizações comerciais são capazes de reconhecer as experiências emocionais envolvidas (MORETTI, 2015).

Para o anfitrião, o motivo para ser hospitaleiro no domínio comercial é o desejo de suprir a quantidade de hospitalidade esperada pelo hóspede e, assim, assegurar sua satisfação, limitar o número de reclamações e gerar uma visita de retorno enquanto se apura o lucro. Para o visitante, há pouco senso de obrigação mútua relativa ao contexto doméstico. Isto é, ao fazer o pagamento a reciprocidade deixa de ser uma obrigação. Raras vezes o hóspede pressente que os papéis serão invertidos e que ele se tornará anfitrião em outra ocasião. A troca financeira isenta o hóspede da obrigação mútua e da lealdade (LASHLEY, 2004).

Gotman (2009) retrata a hospitalidade comercial como sendo encenada e considera que esta não pode ser genuína, pois, como há pagamento, encerra-se a hospitalidade baseada na dádiva e imperam as condições contratuais. Na mesma

linha, Ritzer (2007) coloca a provisão comercial distante da hospitalidade altruísta, pois o objetivo final é obter lucro.

Porém, no estudo da hospitalidade comercial também são observados e enfatizados os aspectos de pluralidade, multidimensionalidade e capacidade de sobrepor-se as questões socialmente construídas. A hospitalidade é considerada um fator chave de sucesso para as empresas de serviços, podendo tornar o produto ou serviço mais competitivo e constituir-se num diferencial quase óbvio ao consumidor (MORETTI, 2015).

A hospitalidade ocorre em ambientes tanto privado/doméstico quanto público/comercial, as questões relativas à sua gerência emergem em ambos os tipos de ambiente. Mas, isso não é o mesmo que “administração da hospitalidade”. A diferença entre gerência de hospitalidade e “administração da hospitalidade” reside nas estratégias de profissionalização adotadas por aqueles que se dedicam ao setor da hospitalidade (BROTHERTON; WOOD, 2004).

### **1.3 Hospitabilidade**

A hospitabilidade é o nome da característica das pessoas hospitaleiras, sendo possível estabelecer a noção de um bom hospedeiro. Aquele que cumpre todas as tarefas de um anfitrião, porém não somente as convenções predeterminadas. Ou seja, um bom hospedeiro será alguém que deixará seus hóspedes felizes, ou tão felizes quanto seus esforços e ajuda forem capazes enquanto permanecerem sob seu teto. Ser um bom anfitrião envolve habilidades e empenho, por exemplo: saber impedir que uma frase mal colocada se transforme em uma briga. Os bons anfitriões sabem agradar seus hóspedes e têm essa capacidade (TELFER, 2004).

Filósofos e outros estudiosos sugerem que, em um determinado contexto social, há diferenças entre indivíduos no compromisso de ser hospitaleiro para o prazer do bem receber. Eles são motivados por razões ocultas, tais como o ganho pessoal ou a ameaça de punição. Os hóspedes não são recebidos, obrigatoriamente, por anfitriões impulsionados por motivos altruístas. Embora seja possível descrever o comportamento dos indivíduos como hospitaleiro (BLAIN; LASHLEY, 2014).

Ritzer (2007) afirma que o motivo dinheiro distorce os outros motivos. Hospitalidade genuína pode ser encontrada dentro de hospitalidade, independentemente do contexto comercial. Pessoas movidas por esses sentimentos hospitaleiros genuínos são indicadas para trabalhar em um contexto que permite que estranhos sejam bem-vindos.

Ao afirmar que o anfitrião foi bastante hospitaleiro, apenas se pode querer dizer que ele foi um bom hospedeiro, hábil e atencioso. Ser um bom hospedeiro não é o suficiente para ser hospitaleiro, pois o anfitrião não estava sendo genuinamente hospitaleiro, caso se descubra algum motivo oculto para tanta atenção e que age desta maneira sem ter vontade (TELFER, 2004).

O comportamento genuinamente hospitaleiro requer um motivo adequado. Para ser considerado hospitaleiro deve-se observar a frequência que ocorre o comportamento hospitaleiro. Uma pessoa hospitaleira possui comportamentos atenciosos e comprometidos com frequência. O fato de ser bom hospedeiro não é necessário para ser hospitaleiro. Um bom hospedeiro tem de ser hábil, além de atencioso. As pessoas hospitaleiras são atenciosas, mas não são necessariamente hábeis, portanto, podem não ser bons hospedeiros.

O contraste entre hospitalidade privada e comercial, sendo uma verdadeira, genuína e a outra falsa, encenada, é muito simplista. É bem possível que o hospedeiro privado seja movido apenas por interesse próprio, enquanto o comercial seja motivado por preocupação com o bem-estar de seus hóspedes (TELFER, 2004).

O que é um hospedeiro no setor comercial? Os profissionais mais parecidos com o hospedeiro privado são aqueles diretamente encarregados do bem-estar dos hóspedes, isto é, proprietários ou gerentes de empresas de serviços. São os indivíduos que, ao estampar sua personalidade na cena, tendem a ser chamados, afetuosamente ou não, de “meu anfitrião”. Os bons hospedeiros comerciais desse tipo, como seus pares privados, são capazes de assegurar o bem-estar dos seus hóspedes (TELFER, 2004).

Lashley (2015) recomenda que a hospitalidade comercial, atualmente oferecida, poderia aprender muito com as obrigações sociais das sociedades pré-industriais com respeito à caridade com os forasteiros e com a comunidade local. Constituído-se como uma maneira de entender e de atender às necessidades do cliente e de fazer com que os visitantes percebam que são bem-vindos.

## 1.4 Humanização na Saúde

A preocupação dos profissionais de saúde é descrita na Política Nacional de Humanização, que sinaliza que é necessário tomar cuidado para que o conceito não seja banalizado ou confundido com atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntário, de bondades ou como um favor, já que o cidadão tem o direito à saúde. Portanto, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com as melhorias dos ambientes de cuidados de saúde e com as condições de trabalho (BRASIL, 2004).

Na construção de uma nova abordagem na proposta de qualidade do SUS, a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como mais um programa a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política transversal (BRASIL, 2004).

Na implementação da humanização como um programa institucional, corre-se o risco desta ser operacionalizada e burocratizada, perdendo-se a geração do vínculo e a melhor relação com os pacientes. Com isso, é correto dizer que há necessidade de adotar a humanização de maneira transversal na forma de um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços e práticas de saúde (BRASIL, 2004).

A humanização precisa caminhar, cada vez mais, para constituir-se como um modelo que visa estabelecer, de maneira natural, um atendimento baseado no ser humano, com alta tecnologia, melhores práticas e tendo o acolhimento como a principal forma de conduzir a relação da equipe de saúde para com o paciente. Como política, deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, com os diferentes profissionais e as diversas unidades e serviços de saúde que compõem o SUS. As diferentes experiências de planejamento, decisão e implementação devem ser somadas para garantir o sucesso das práticas de humanização. É ponto chave o aumento do grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede na produção de saúde, implicando na mudança da cultura de atenção dos usuários e de gestão dos



processos de trabalho. Tem-se como objetivo tornar a saúde um valor de uso e ter como padrão a atenção no vínculo com os usuários garantindo seus direitos e de seus familiares, além de estimular o protagonismo do agente de saúde ao fornecer melhores condições de trabalho para uma qualidade no atendimento (BRASIL, 2004).

O acolhimento, entendido como a humanização das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com os usuários, é uma estratégia para inverter a lógica da organização e o funcionamento do serviço de saúde, colocando em primeiro lugar a necessidade dos usuários. Dessa forma garante, a todas as pessoas, acessibilidade universal com escuta e resolutividade e reorganiza o processo de trabalho a partir de uma equipe multiprofissional. A produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva só acontecem quando há a construção de uma relação profissional/paciente com acolhimento, vínculo e responsabilidades compartilhadas (COSTA et al., 2014, p. 63).

Passa pela proposta da política de humanização do SUS o incentivo ao diálogo e a troca de saberes entre os profissionais de saúde e a inclusão dos pacientes e dos familiares, não apenas com o objetivo de resolver problemas, mas de estabelecer um ambiente que sustente construções coletivas em que haja mudanças a partir dos encontros entre seus componentes (BRASIL, 2004).

Todres, Galvin e Holloway (2009) abordam a humanização da saúde como sendo fundamental no atendimento, além dos aspectos científicos e avanços tecnológicos. Os autores apresentam oito dimensões filosóficas de humanização e desumanização. Isto é, a mesma dimensão pode caracterizar situações positivas ou negativas:

Humanização	Desumanização
Individualidade: o que faz uma pessoa humana é a visão da própria vida, a interpretação subjetiva de suas experiências e emoções.	Objetificação: ocorre quando não são respeitadas a subjetividade e individualidade de cada pessoa.
Protagonismo: liberdade de agir dentro de certos limites, não se sentido passivo ou dirigido.	Passividade: refere-se a uma ênfase excessiva em atitudes que retiram o direito de escolha do indivíduo.
Singularidade: possui características únicas, não pode ser reduzido a uma condição padronizada.	Homogeneização: ocorre uma despersonalização, onde as pessoas são encaixadas em grupos caracterizados ou rotulados coletivamente.
União: ser humano é viver em comunidade, para se reconhecer como pessoa é necessário conviver em sociedade.	Isolamento: a falta de convivência social afasta as características de pertencimento do grupo social, levando a sentimentos de solidão.
Sentido da vida: ser humano é se preocupar com o sentido das coisas, eventos e experiências para a vida social.	Perda de sentido da vida: quando uma pessoa sente não ter mais significância, e que suas contribuições passam despercebidas ou sem importância.
Jornada pessoal: geralmente a pessoa possui um conjunto de vivências e experiências únicas, permitindo uma conexão entre a familiaridade do passado e o desconhecimento do futuro.	Perda da jornada pessoal: pode ser experimentada quando a situação ou a vida da pessoa torna-se estática, impedindo-a de retornar à sua rotina.
Senso de lugar: ser humano é vir de um lugar particular, que não é simplesmente um meio físico, mas é também um lugar com um sentimento de familiaridade e pertencimento.	Deslocamento: pode levar a uma sensação de desorientação, trazendo desconforto e ansiedade.
Corporificação: ser humano significa viver dentro das limitações do corpo, que é pelo qual vivenciamos fenômenos tais como excitação, cansaço, temor, medo, dor fome, ferimentos e vitalidade.	Visão reducionista do corpo: uma visão reducionista enfatiza sinais e sintomas, separando o corpo de seus outros contextos, esse reducionismo acaba sendo desumanizante porque negligencia a integridade das pessoas.

Quadro 1 - Dimensões filosóficas de humanização e desumanização  
 Fonte: Todres, Galvin e Holloway (2009)

Araújo e Dimenstein (2006) relatam que o dentista que atua no Programa Saúde da Família se vê diante de muitos desafios, sentindo-se, em alguns momentos, inseguro e despreparado para exercer suas atividades. Em sua

formação recebeu apenas instruções voltadas para questões biológicas, técnicas, ações curativas, com pouca ênfase para os fatores socioeconômicos e psicológicos no processo de promoção e manutenção da saúde dos pacientes. Estes desafios ocorrem independentemente do período que estes profissionais graduaram. É visível o despreparo desses profissionais mediante à manifestação de descontentamento de um cliente em relação ao atendimento recebido.

Nas entrevistas da pesquisa realizada por Araújo e Dimenstein (2006, p. 224) é possível observar o perfil do usuário do serviço odontológico: “Só que a população não está educada para esse método de trabalho. Ela não quer prevenção” Esta declaração demonstra a percepção de um dentista que atende em uma unidade do Programa Saúde da Família, refletindo que a população usuária do serviço público não é adepta as práticas de prevenção e faz uso do serviço odontológico na necessidade de uma intervenção curativa.

O programa do Ministério da Saúde estabeleceu a carga horária de 40 horas para os profissionais das equipes da saúde, sustentando a ideia de que esta é uma condição necessária para o estabelecimento do vínculo entre a equipe e a população. Assim, estabeleceu-se um perfil clínico indispensável para o dentista que trabalha no Programa Saúde da Família. Para tanto, faz-se necessário ter conhecimento amplo e multidisciplinar, ter habilidade para atender diferentes tipos de demandas, gostar de trabalhar com comunidades pobres, em zona rural, ser paciente, corajoso e humano (ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006).

Na busca da satisfação do paciente é fundamental estabelecer uma boa relação entre o aluno e o professor que atende a pacientes que utilizam os serviços de clínicas mantidas por faculdades de odontologia. E, ainda, observa-se que pouca ajuda poderá se obter do paciente quando a relação não incluir confiança e vínculo. A boa relação do dentista e paciente começa a partir do momento em que o profissional, por meio de sua sensibilidade, concebe que esta não é somente uma boca, é um indivíduo único, cheio de expectativas e receios, que procura um profissional em quem possa confiar (NOBRE et. al., 2005).

“Quanto mais o cirurgião-dentista busca compreender as pessoas que o procuram e lhe pedem ajuda técnica, mais objetivo e humanitário poderá tornar-se o tratamento” (NOBRE et. al., 2005, p. 2). O dentista precisa procurar uma postura mais humana, melhorando a qualidade do serviço prestado e respeitando a

autonomia. Isto é, o poder de decisão do paciente, quanto ao seu tratamento, por meio das opiniões e escolhas durante o atendimento. É primordial, para o dentista, ter como meta a promoção da saúde e exercer a profissão com ética, capacidade técnica e diálogo (NOBRE et. al., 2005).

### **1.5 Relação entre hospitalidade e humanização na odontologia**

Nos moldes da hospitalidade conceituada por Montandon (2011), Selwin (2004) e Telfer (2004), a pesquisa de Nobre et. al. (2005) considera que uma boa relação dentista-paciente deve ser constituída por meio de uma estratégia que produza comportamentos adequados de ambos indivíduos em interação.

A postura adotada na odontologia é reducionista e determinística, os dentistas, especialistas em seu campo de atuação, adotaram uma abordagem paternalista no tratamento de seus pacientes. Esta abordagem remonta do século XIX período em que o cuidado odontológico envolvia o tratamento de infecções agudas, tinha como função principal era extrair os dentes e fabricar próteses. Com a transição epidemiológica da doença a odontologia passou para o tratamento de aflições crônicas (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

Apelian, Vergnes e Bedos (2014) propõem uma odontologia baseada em evidências (*Evidence Based Dentistry* [EBD]) como uma estrutura heurística para otimizar a prática clínica. A adoção do EBD oferece vantagens como:

- a) os praticantes são capazes de manter uma autonomia crítica em face de uma literatura científica complexa e crescente; e
- b) incentiva os dentistas a levar em consideração as preferências dos pacientes o que, de alguma forma, os convida ao papel central nas decisões do tratamento;

Em suas formações, os dentistas não recebem apoio educacional ou de pesquisa quando se trata de integrar as preferências do paciente. Conseqüentemente, a perspectiva do paciente acaba, significativamente, sub-representada. A pesquisa feita por Apelian, Vergnes e Bedos (2014) revela uma insatisfação tanto dos pacientes como dos dentistas. A investigação aponta para a

diferença substancial que existe entre as expectativas dos pacientes e a compreensão dessas expectativas pelos dentistas.

Em uma pesquisa recente, com mais de 3.500 canadenses, quase 40% dos pacientes admitiram que acreditavam que os dentistas recomendaram tratamentos desnecessários (CROUTZE, 2010). Outros motivos de insatisfação, de acordo com pesquisas realizadas na Grécia, incluem questões relacionadas com as respostas dadas pelos dentistas sobre os tratamentos odontológicos (KARYDIS; KOMBOLIKODOVAZENITI; HATZIGEORGIOU, 2001). Experiências negativas anteriores também contribuem para a falta de confiança desses pacientes (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

A desistência do tratamento é uma das formas de alguns pacientes expressarem sua insatisfação. Metade dos tratamentos abandonados pelos pacientes é atribuída à falta de satisfação por parte do paciente. Os motivos mais comuns atribuídos para a satisfação com dentistas são características do seu relacionamento interpessoal (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

A insatisfação leva os pacientes a voltarem-se para consultórios odontológicos não convencionais, que tendem a ser caracterizados por sua falta de um modelo biomédico centrado nas evidências e não nos pacientes. A manifestação mais chocante da insatisfação de alguns dentistas é a alta taxa de suicídio, considerada uma das mais elevadas em comparação com outros profissionais. Uma profunda sensação de sobrecarga e exaustão, particularmente, exaustão emocional e estresse profissional. Uma explicação para este fato pode estar no paciente que aprende a não gostar dos seus dentistas, associando-os ao medo da possibilidade de dor. Conseqüentemente, o tratamento odontológico é, muitas vezes, indesejável. Assim, a relação dentista-paciente torna-se tensa, quando o dentista é mal preparado na sua formação pode se ver confrontado com pacientes afetados pelas conseqüências complexas de dor, mastigação e estética em suas vidas (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

O medo, geralmente, se faz presente durante o atendimento odontológico é um fator de interesse dos profissionais. Muito da motivação para este sentimento é o senso comum de relacionar o tratamento odontológico a uma experiência dolorosa e mutiladora, em que as ações curativas e definitivas, em geral, resultando na extração dentária. Porém, com o avanço das técnicas odontológicas, com a aplicação de medicamentos anestésicos mais eficazes e de novas tecnologias,

observa-se a redução da sensação de medo. Uma pesquisa de Nobre et. al. (2005), por exemplo, relata que somente 10 pacientes do total de 53 reportaram medo nas entrevistas e nas observações sistemáticas. Apenas um paciente relatou sentir dor durante o tratamento.

Somam-se a estas observações as pressões relativas ao tempo investido e as preocupações financeiras, fatores que podem ser considerados importantes relacionados à exaustão. A tendência de mudança da área de cuidados com a saúde para um enfoque de gestão empresarial e do paciente para cliente não é, necessariamente, bem aceita ou bem percebida pelos dentistas. Além disso, a insatisfação dos pacientes aliadas às lesões musculoesqueléticas geradas pelas atividades repetitivas são os principais fatores que influenciam a aposentadoria precoce dos dentistas. Durante a faculdade, os estudantes do primeiro ano possuem uma empatia significativamente maior pelos pacientes em relação aos alunos dos anos subsequentes. O momento do declínio nos níveis de empatia corresponde ao aumento na sua exposição com o paciente (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

Os dentistas percebem que um dos requisitos para construir um forte vínculo com o paciente tem como base a sólida consideração entre ambos, que não é construída em apenas um dia e, sim, gradativamente pela convivência e pela atenção, tanto no ambiente clínico quanto fora dele (NOBRE et. al., 2005).

Mesmo com todo o avanço científico e tecnológico na área de odontologia, ainda é possível perceber que a experiência de se submeter ao tratamento odontológico é passível de sentimentos de aversão em razão da possibilidade da dor. Antes mesmo de iniciar o procedimento ou somente de pensar em uma consulta com um profissional, alguns pacientes usam termos como pavor, pânico e horror para descrever as sensações associadas ao tratamento. Neste sentido, nota-se a importância do desenvolvimento da capacidade de manutenção das relações interpessoais dos profissionais de odontologia, pois estas relações facilitam o entendimento, a empatia e a alteridade no momento do tratamento. O profissional deve pensar no indivíduo como um ser e não apenas com a sintomatologia. Os pacientes, além da capacidade técnica, desejam perceber habilidades humanísticas nas relações sociais (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2013).

A consulta ao dentista é carregada de significado emocional para o paciente, pois, muitas vezes, possibilita uma relação íntima e invasiva. Faz-se necessário investir na conscientização do paciente de que o trabalho possui um caráter estético

e de alívio da dor, além disso o paciente que é tratado com atenção torna-se mais cooperativo durante o procedimento clínico. O dentista que usa da empatia percebe uma relação que poderá minimizar e até suprimir a ansiedade do paciente. Portanto, confiança, segurança, tranquilidade e serenidade devem ser encorajadas pelo dentista durante o tratamento (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2013).

O tratamento odontológico é considerado satisfatório, dentre outros aspectos, quando o profissional estabelece uma comunicação eficaz com o paciente, no mesmo nível de sua habilidade técnica. A partir dos resultados da pesquisa elaborada por Mota, Santos e Magalhães (2013), tanto a capacidade técnica quanto a habilidade humana tornam-se indispensáveis para proporcionar a satisfação do paciente odontológico. O acolhimento e o planejamento do tratamento a partir das necessidades dos usuários contribui para a criação de vínculos entre dentistas e pacientes bem como a satisfação de ambos com o atendimento prestado (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2013).

Na busca por características ideais do cirurgião-dentista, Campos et. al. (2012) indicam como habilidades sociais e interpessoais: paciência, tranquilidade, simpatia; carisma; comunicação, bom relacionamento com o paciente e com os colegas, humanidade e atenção. O exercício da odontologia está diretamente expresso em suas atitudes, ações, compromisso em conhecer e respeitar direitos e obrigações, aliar as competências transversais que impactam no resultado profissional (CAMPOS et. al., 2012).

Assume-se que os pacientes desejam que as suas vozes e preferências sejam ouvidas e consideradas durante seus encontros odontológicos. Desejam também maior poder de decisão sobre o tratamento em relação ao que é previamente oferecido. O processo aqui debatido é baseado na humanização como um princípio orientador e definido como qualquer sistema ou modo de pensamento ou ação em que os interesses humanos, valores e dignidade predominam. Ao contrário de algumas profissões, a odontologia tem um processo de intervenção terapêutica, muitas vezes, cirúrgico no encontro inicial. Além disso, a relação terapêutica se estende por longos períodos de tempo, muitas vezes, por anos. As intervenções, em geral, estão associados com a dor, a ansiedade e a condição financeira, elementos que precisam ser geridos de forma eficaz. Portanto, os modelos existentes em outras profissões de saúde não são facilmente transferíveis para odontologia (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

O profissional deve ouvir o paciente cuidadosamente, fornece-lhe esclarecimentos sobre todas as suas dúvidas, ser cordial, ter boa comunicação, demonstrar boa vontade, educação e favorecer a relação amistosa com o paciente (CAMPOS et. al., 2012).

Conforme demonstra a figura 2, Apelian, Vernes e Bedos (2014) propõem um modelo centrado no paciente em odontologia. Utilizando abordagens centradas no paciente existentes em outras áreas da saúde.

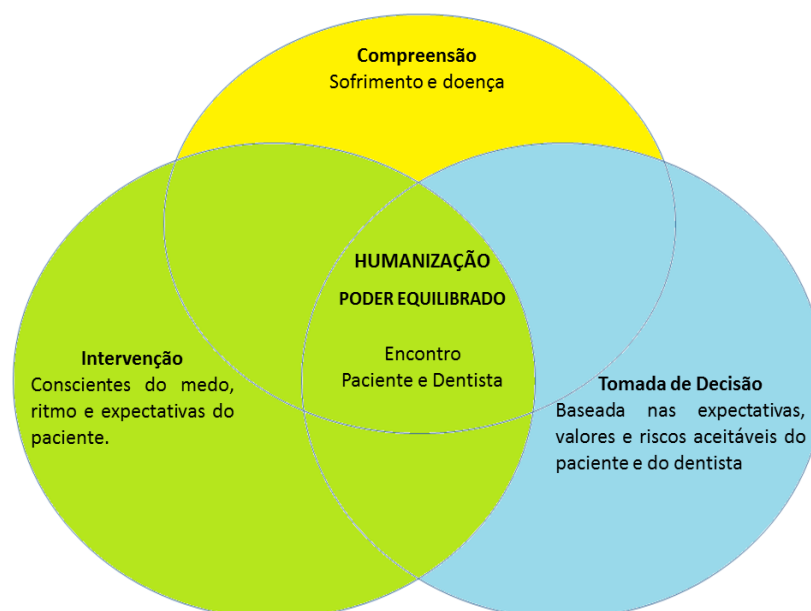


Figura 2 - Representação heurística do modelo de odontologia centrada na pessoa  
Fonte: Apelian, Vernes e Bedos (2014).

Apesar dos autores referirem-se a figura 2 como um modelo, consideram que esta é uma representação heurística da filosofia subjacente.

Por heurística, entende-se por regras práticas para os médicos na avaliação de como tratar e diagnosticar a doença em face da incerteza prática. Esta filosofia é baseada na humildade, hospitalidade, respeito, autenticidade e atitudes positivas e promove um relacionamento onde o paciente e o dentista partilham o poder igualmente (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014, p. 38). (Tradução nossa).

Embora a discussão sobre as habilidades sociais e interpessoais do dentista tenham tido destaque apenas recentemente, isso não significa que o tema não seja



relevante. Vários trabalhos, por exemplo, o de Campos et al. (2012), mostram que os próprios profissionais da área vêm adicionando à equação essas variáveis. Em outra discussão, existe a mesma linha de pensamento. Dizem eles: “deve-se considerar que a humanização dos tratamentos de saúde, com maior ênfase nos dias atuais, gera uma relação de confiança entre paciente e profissional, diminuindo a ansiedade para o tratamento odontológico” (MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2012, p. 543).

Isso leva a uma abordagem cooperativa, porque, ao contrário do paternalismo ou consumismo, visa elucidar os valores do paciente, o que ele realmente quer e como auxilia na seleção das intervenções médicas disponíveis e mais adequadas. A abordagem resultante é também interpretativa, pois os valores do paciente não são necessariamente fixos e prontamente conhecidos por ele. O dentista trabalha com o paciente para reconstruir os seus objetivos e as suas aspirações, com compromisso e caráter. Em outras palavras, o profissional é um conselheiro e não uma figura de autoridade e nem um especialista irracional. Este modelo é influenciado pelo construtivismo, tendo o seu princípio central na crença de uma relação de igualdade de poder que deverá conduzir a abordagens construídas com base em interpretações diferentes dos dentistas (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

Esta filosofia contempla o comportamento do dentista ao longo dos três princípios constantemente sobrepostas de encontro clínico: a compreensão, a tomada de decisão e a intervenção. Portanto, o papel desta representação heurística do modelo clínico é facilitar futuras construções de abordagens, levando em consideração a variabilidade individual em pacientes, profissionais e as necessidades particulares do contexto e situação. Destaca-se também que estes três princípios não são cronologicamente distintos. O encontro odontológico está constantemente sendo alimentando e guiado por esses princípios, muitas vezes simultaneamente (APELIAN; VERGNES; BEDOS, 2014).

Contudo, quais características pessoais devem ser incentivadas nesses profissionais da área da saúde para que o conceito de humanização e de acolhimento se efetive no atendimento? A presente pesquisa desenvolve suas hipóteses de análise a partir das possíveis respostas a esta questão.

## CAPÍTULO 2 ODONTOLOGIA E O ENCONTRO DE SERVIÇOS

### 2.1 Odontologia no Brasil

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a relação de um dentista para cada 1.500 pessoas como adequado. No Brasil a proporção é de um dentista para cada 945 pessoas, que é explicado pelo aumento do número de cursos de odontologia no país. Em 2015, estavam cadastrados no Ministério da Educação (MEC) 329 cursos de odontologia (BRASIL, 2015).

Em 1983, 66 cursos de odontologia no Brasil graduavam cerca de 5.200 novos cirurgiões-dentistas por ano. Na década de 1980, vigorava uma prática eminentemente curativa, com forte predominância do setor privado e uma tímida intervenção do setor público e de planos privados de assistência odontológica. Naquela época, 75% das horas/dentistas disponíveis estavam alocadas a atividades liberais. No ano de 1996, existiam 90 cursos e, 165, em 2003. O crescimento populacional entre 1996 e 2003 foi, aproximadamente, 1,8% ao ano e o de cirurgiões-dentistas de 2,5% ao ano. Em 2005, existiam 173 faculdades de odontologia no país (27 federais, 18 estaduais, 7 municipais e 121 privadas) somando 203.713 dentistas, com média de 11 mil graduados ao ano (VIEIRA; COSTA, 2008).

Na primeira década do século XXI, registrou-se a ocorrência de dois movimentos importantes no âmbito da assistência odontológica pública e privada no Brasil: a entrada da saúde bucal como política pública e o vigoroso crescimento de serviços odontológicos complementares. O país é o segundo maior mercado de produtos de higiene bucal no mundo, constituindo-se em uma grande plataforma produtora e exportadora desses insumos (MANFREDINI, 2009).

O aumento do número de profissionais no final da primeira década do século XXI aliado a queda do desembolso direto dos pacientes para custear os tratamentos, levou a crise do modelo liberal por conta da sua baixa sustentabilidade econômica. Frente a essa situação, os profissionais de odontologia têm criado estratégias de permanência de mercado por meio de modelos associativos ou empresariais,

causando mudanças profundas no exercício profissional da odontologia no Brasil (VIEIRA; COSTA, 2008).

Embora o setor público seja um grande empregador dos cirurgiões-dentistas brasileiros (média de 27%), a odontologia em serviços particulares concentra o maior percentual de profissionais (GARBIN et al., 2013).

No ano de 2004, foi estabelecido pelo Governo Federal o plano Brasil Sorridente, que estabeleceu uma série de diretrizes para o atendimento e sua integração no programa Saúde da Família (MANFREDINI et al., 2012). O acesso aos serviços de saúde é um conceito importante para explicar seu padrão de uso. As condições de acesso refletem as características da oferta de serviços que podem facilitar ou dificultar a capacidade de uso pelos indivíduos de acordo com suas necessidades. As maiores desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos foram encontradas nos grupos de menor acesso, sendo que a participação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa em relação a atenção médica. O país convive com graves dificuldades no acesso à assistência odontológica pública, como demonstra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada em 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE): um número expressivo estimado em 29,6 milhões de pessoas (18,7% da população brasileira) que nunca consultou um dentista, principalmente crianças menores de 4 anos (85,6%), homens (20,5%) e a população residente em áreas rurais (32,0%) (MANFREDINI et al., 2012).

Mais uma vez fica registrado o importante efeito da renda familiar média sobre o acesso aos serviços de saúde. A porcentagem que nunca consultou um dentista é nove vezes superior para as pessoas com renda de até 1 salário mínimo, quando comparadas com as que recebem mais de 20 salários mínimos (IBGE, 2013).

Levantamento realizado em 2008 constatou que 73,8 % das crianças de 18 a 36 meses nunca foram ao dentista, sendo este percentual reduzido para 43,1% aos 5 anos, 17,8 % aos 12 anos e 9,3% entre 15 e 19 anos. O serviço público foi o mais utilizado para as idades de 18 meses até os 12 anos. Já na faixa etária de 15 a 19 anos, os serviços privados (37,5%) superaram os serviços públicos (MANFREDINI et al., 2012).

O marco regulatório da odontologia na saúde complementar é dado pela Lei n. 9656/98, que define relações entre operadoras, produtos e seus beneficiários e a

Lei n. 9961/2000 que cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Após a publicação destas leis foi observado um aumento expressivo (252%) na quantidade de beneficiários de operadoras de serviços exclusivamente odontológicos na modalidade odontologia de grupo (sociedade que vende ou possui finalidade de gerir planos odontológicos), mostrando um grande aquecimento nesse setor. Esse crescimento pode ser atribuído a uma latente demanda de usuários com necessidades odontológicas e a dificuldade de acesso aos serviços públicos (GARBIN et al., 2013).

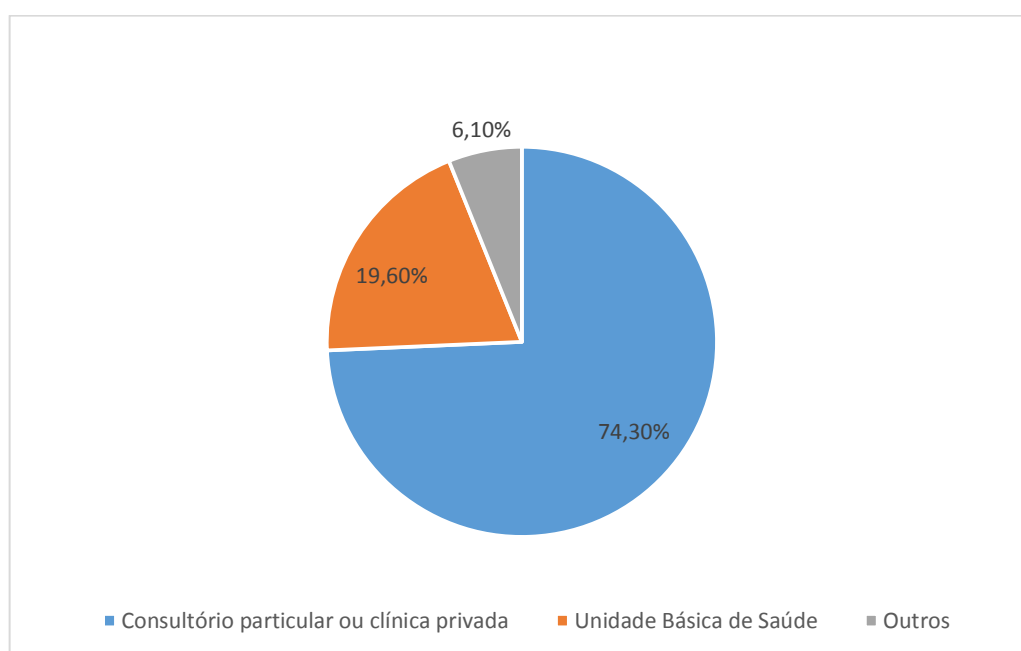


Gráfico 1 - Distribuição percentual das pessoas que procuraram atendimento odontológico, no período de referência dos últimos 12 meses, por local de atendimento - Brasil – 2013

Fonte: Adaptado de IBGE (2013).

A cidade de São Paulo, atualmente, possui uma população de 11.337.021 habitantes, sendo 28.723 cirurgiões-dentistas. Ou seja, a relação dentista/habitante é de um dentista para 394 habitantes (CROSP, 2016). Esse fato proporciona às operadoras de planos odontológicos um elevado crescimento dentro do sistema privado de atenção à saúde, como é possível verificar por intermédio dos dados sobre a taxa de crescimento de número de beneficiários gerados pela ANS apresentados na tabela 1.



Tabela 1 - Taxa de crescimento (%) do número de beneficiários em relação a dezembro do ano anterior (Brasil - 2003-2015)

<b>Mês/ ano</b>	<b>Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia</b>	<b>Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos</b>
mar/03	0,93%	17,74%
mar/04	2,36%	19,16%
mar/05	4,69%	23,46%
mar/06	5,62%	13,62%
mar/07	4,35%	18,90%
mar/08	6,54%	27,25%
mar/09	4,29%	18,26%
mar/10	3,74%	19,87%
mar/11	5,84%	11,04%
mar/12	1,98%	15,42%
mar/13	3,34%	9,65%
mar/14	3,63%	6,23%
mar/15	2,12%	5,68%

Fonte: ANS (2015)

O forte crescimento nos últimos 12 anos, conforme demonstrado na tabela 5, evidência que, cada vez mais, a população está contratando os serviços dessas operadoras, sejam planos coletivos ou individuais. Algumas variáveis estruturais explicam a dinâmica e o crescimento desse mercado: a mudança no perfil profissional e da profissão odontológica, o baixo acesso da população aos serviços de saúde bucal público e o baixo gasto das famílias com despesas por desembolso direto para a assistência odontológica (GARBIN et al., 2013).

### 2.1.1 Planos de saúde odontológicos

O inciso I, do art. 1º, da Lei n. 9.656/1998, define Plano Privado de Assistência à Saúde como prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela facilidade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às

expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor. O § 1º da Lei citada determina que a assistência privada à saúde é subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira (BRASIL, 1998).

O segmento de plano odontológico em 2015 possuía 16.472.938 beneficiários, as receitas de contraprestações de planos exclusivamente odontológicos foram de R\$ 2.709.581.651, em 2014. O crescimento médio de mercado nos últimos 10 anos foi 14,59%, a taxa de cobertura da população por planos de saúde exclusivamente odontológicos é de 11% (ANS, 2015). Para Vieira e Costa (2008), o setor de planos de saúde odontológicos é altamente rentável do ponto de vista empresarial, apresentando uma grande capacidade na geração de receitas que favorecem o crescimento e a permanência dessas empresas no mercado. Os padrões de rentabilidade média, principalmente das empresas de odontologia de grupo, são extremamente elevados, ficando muito acima de qualquer atividade desse segmento do país. Tomando por exemplo a empresa Odontoprev S/A, que responde por 40% do total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos, apresentou um faturamento bruto, no ano de 2014, de R\$ 1,156 bilhão e um lucro líquido de R\$ 194,709 milhões, com uma margem acima de 16% no ano (EXAME, 2015).

Por outro lado, os profissionais que se vinculam às operadoras de plano odontológico têm mostrado insatisfação com relação aos valores pagos pelas empresas nos procedimentos cobertos, bem como percebem mudanças na questão de autonomia profissional com avanço da saúde suplementar como nicho de inserção dos profissionais no mercado de trabalho. Percebe-se que a relação prestador de serviços-operadora é um importante espaço de disputa e está à mercê das leis de mercado, uma vez as operadoras se valem da crise do setor autônomo da odontologia para impor tabelas de pagamento, muitas vezes, abaixo do custo dos procedimentos. A ANS não tem amparo jurídico para regular a remuneração dos prestadores, no entanto, costuma atuar nas discussões sobre novas formas de remuneração dos profissionais de saúde junto com várias entidades de classe (GARBIN et al., 2013).





## 2.2 O Encontro de serviços

Uma característica única na prestação de serviços é a participação ativa do cliente no seu processo de produção, cada “momento da verdade” representa uma interação entre um cliente e um prestador de serviços e, cada personagem, possui um papel a desempenhar num ambiente criado pela organização de serviço (CARLSON, 1990) (FITZSIMMONS; FITZSIMONS, 2014).

Uma organização de serviços procura trabalhar da melhor maneira para obter lucro, diminuir seus custos e manter-se competitiva. Para isso, geralmente, impõe regras e procedimentos aos prestadores a fim de limitar sua autonomia e seu arbítrio ao servir o cliente. A figura 3 ilustra a tríade do encontro de serviços e demonstra as relações entre a organização, cliente e prestador.

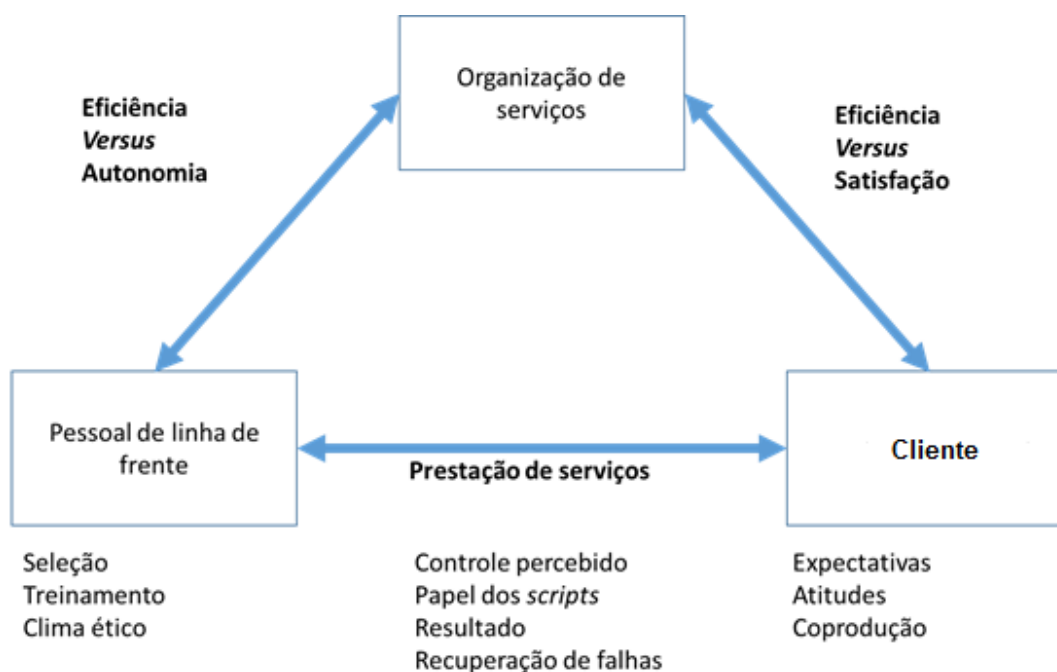


Figura 3 - Tríade do encontro de serviços  
Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014)

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) explicam que o ideal seria que as três partes trabalhassem para um encontro de serviços benéfico e equilibrado, porém, pode haver uma disfunção neste modelo quando uma parte dominar a interação. Por exemplo, no encontro dominado pela organização, numa estratégia de liderança em custos, a empresa pode adotar controles rígidos, apresentando poucas opções para

os clientes. Numa situação dominada pelo pessoal da linha de frente, que geralmente é evitada pelas organizações, os prestadores, ao assumirem uma posição autônoma, podem ter a sensação de possuir um grau significativo de controle sobre os clientes. Os encontros dominados pelo cliente são mais evidentes nos serviços altamente customizados ou padronizados, como as máquinas de autosserviço, onde não há o papel do prestador e o cliente torna-se autossuficiente.

A relação médico e paciente ilustra bem as deficiências do encontro dominado pelo pessoal de linha de frente. O paciente que, muitas vezes, nem chega a ser tratado como um cliente é colocado em uma posição subordinada e sem controle algum sobre o encontro.

Como a oferta é entregue no encontro de serviços, o que está sendo entregue passa a ser importante para o paciente. Neste caso, o cuidado na forma como o tratamento é conduzido deve ser mantido até o final. Entende-se que os encontros de serviços são fundamentais para o sucesso dos esforços de marketing (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004).

Mesmo nas empresas cuja a oferta central seja um bem físico demandam serviços pré ou pós compra, fazendo com que os desempenhos pessoais estejam sempre presentes no valor total entregue aos pacientes. Do ponto de vista do cliente, a prova instantânea da qualidade do serviço surge no encontro com o prestador, representado pelo tempo em que o consumidor interage diretamente com o profissional que presta o serviço. As interações interpessoais entre os pacientes e os prestadores de serviços ocupam uma posição central na maneira como esta é avaliada pelos contratantes (BITNER, 1995).

A entrega do serviço tem enorme potencial para ser heterogênea, pois depende, em grande parte, do comportamento dos funcionários, do comportamento do próprio paciente que recebe o serviço e das ações dos demais pacientes que, por ventura, estejam presentes no momento em que o serviço é prestado (LOVELOCK; WRIGHT, 2007).

Pode-se compreender o encontro de serviço como uma base a partir da qual os relacionamentos são criados em um ambiente de consumo, pois representa a oportunidade de gerar ou ampliar o vínculo com a empresa ofertante. Porém, este relacionamento está no âmbito empresarial, diferenciando-se da relação pura e simples, pois são orientados por diretrizes organizacionais. Além disto, em maior ou menor grau, os serviços possuem componentes difíceis de serem avaliados devido à

sua intangibilidade, complexidade ou natureza técnica. Como dependem dos serviços para concretizar o processo de consumo alguns pacientes buscam construir relacionamentos com seus provedores, pois é percebida como uma forma de reduzir incertezas nesse processo (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004).

Na criação da vantagem competitiva das empresas, o estabelecimento de vínculos duradouros com seus pacientes tem posição de destaque e são considerados fator determinante do sucesso organizacional no longo prazo. O encontro de serviços possui uma função importante nas estratégias organizacionais. Elas fornecem as ocasiões sociais nas quais o cliente e o prestador podem negociar e promover a transformação de suas interações por intermédio do relacionamento (DAY, 2000).

A empresa deve empenhar muito esforço para que este momento seja bem-sucedido, pois cada interação pode contribuir para a consolidação, o prolongamento, a erosão ou a dissolução de um relacionamento. Isso porque, durante o encontro de serviço, o cliente tem a oportunidade de avaliar a habilidade da empresa em cumprir o que promete (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). Para uma gestão eficaz dos encontros de serviços, dentro de uma perspectiva relacional, é preciso criar situações benéficas para os pacientes e os prestadores com o objetivo de gerar e fortalecer os vínculos interpessoais com base no conhecimento recíproco (BITNER, 1995).

Mello, Leão e Souza Neto (2004) ensinam que são três os elementos do encontro de serviços: interação interpessoal, ambiente social e ambiente físico. Ressaltam que, qualquer um deles, separadamente ou em conjunto, pode afetar a qualidade da experiência do cliente com o serviço contratado. A qualquer momento, um destes elementos pode servir como critério de escolha do cliente para determinar a satisfação ou insatisfação do serviço prestado

O ambiente social pode ser caracterizado pelas relações entre o paciente e outros pacientes, a relação entre o paciente e o profissional e a relação do profissional com outros prestadores, podendo ocorrer face a face ou por meio de alguma tecnologia. O ambiente social é um forte influenciador nas interações dos encontros de serviços (BITNER, 1995). As falhas no encontro podem decorrer das interações sociais ou por eventos externos, alheios a vontade da empresa (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004).

O ambiente físico consegue diferenciar as empresas funcionalmente. Ele fornece pistas sobre a qualidade e a consistência do serviço que podem ser verificadas facilmente pelos pacientes, por exemplo: limpeza, iluminação, decoração, segurança, higiene pessoal, conservação e adequação dos equipamentos. A importância dada para cada aspecto físico varia de paciente para paciente, exercendo poder de influência na percepção da qualidade do serviço do paciente (BITNER, 1992).

Mello, Leão e Souza Neto (2004) explicam que todo relacionamento tem seu primeiro passo em um encontro de serviço, porém, nem todo encontro de serviço irá gerar um relacionamento. Os relacionamentos exigem reconhecimento mútuo entre as partes e estas características não estão presentes em todas as interações. Quando não há interesse de ambas as partes na continuidade deste relacionamento, dificilmente a relação prosperará. Por outro lado, apenas o interesse não é garantia de um longo relacionamento. Para tal, é necessário que essas interações ocorram com certa frequência, de forma contínua.

Um importante fator a ser considerado sobre o encontro de serviço como gerador de relacionamentos é o grau de interesse das partes no estabelecimento de vínculo duradouro. Do ponto de vista da empresa, o interesse é maior pelo paciente que demonstra considerável potencial de retorno. No seu entendimento, tal interesse tende a ser maior quando: existe um desejo contínuo ou periódico pelo serviço, exige alto grau de envolvimento, é complexo e a qualidade bastante variável (GORDON, 2000).

Grönroos (1995) entende que as empresas deveriam pensar suas estratégias de marketing como um *continuum* transacional-relacional, e interagir de modo mais transacional ou mais relacional, de acordo com o perfil de cada cliente. Porém, não é aconselhável para as empresas praticarem as duas estratégias simultaneamente, pois ambas necessitam de um conjunto de habilidade distintas (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004).

### 2.3 Fatores que influenciam na percepção da qualidade do paciente odontológico

A crescente complexidade de cuidados de saúde e a demanda por melhoria na segurança do paciente tornou-se essencial na atuação profissional. O aumento da exigência da qualidade também é demandada pelos planos de saúde, profissionais, entidades de classe e representantes governamentais (BAHADORI et al. 2015)..

Newsome e Wright (1999) fizeram um levantamento bibliográfico sobre a satisfação do paciente odontológico, contribuindo para as pesquisas subsequentes. Esse levantamento concentrou-se nas pesquisas relacionadas aos diversos atributos de qualidade de serviço e ao papel que as variáveis sociodemográficas desempenhavam na determinação da satisfação. O estudo indicou que os dentistas enfrentariam desafios com a revolução das relações de consumo e com um paciente mais exigente e participativo nas decisões do tratamento.

A satisfação ou insatisfação do paciente mantém relação direta com o sucesso do tratamento odontológico. O paciente satisfeito com a condução do tratamento é mais colaborativo. Portanto, o profissional deve, entre outras preocupações, garantir a satisfação do paciente. Aponta-se cinco questões genéricas que afetam a satisfação do paciente odontológico: a) competência técnica; b) fatores interpessoais; c) conveniência; d) custos do tratamento; e e) instalações físicas. Estas características também são equivalentes aos constructos de qualidade de serviço de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), ou seja, confiabilidade capacidade de resposta, garantia, empatia e tangibilidade (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

Os autores também destacam dois instrumentos de pesquisa de satisfação do paciente odontológico: *Dental Satisfaction Questionary* (DSQ) e *Dental Visit Satisfaction Scale* (DVSS). O DVSS reconhece os aspectos afetivos, cognitivos e as influências comportamentais. Tem por objetivo, perceber os pontos de vista dos pacientes, especificamente no encontro de serviços odontológicos. O DSQ, ao contrário, concentra-se em fatores cognitivos e fatores relacionados ao dentista como a tangibilidade e os aspectos físicos e visíveis (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

SERVQUAL é o nome de um instrumento de mensuração da percepção da qualidade do serviço de consumidores de organizações varejistas com base em múltiplos itens. Tem como proposta medir a qualidade pelo “*gap*” ou lacuna que existe entre a expectativa e a percepção do consumidor sobre os constructos que compõe a prestação dos serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). O instrumento se baseia em 10 dimensões que foram construídas por Parasuraman, Zeithaml e Berry: tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, compreensão / conhecimento do cliente, e acessibilidade. Após um primeiro teste e posterior refinamento da pesquisa, foram selecionadas cinco dimensões para continuar o modelo, três oriundas da pesquisa original e duas que são combinadas, permanecendo: tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia. A dimensão Tangibilidade diz respeito aos aspectos físicos do ambiente e o que pode ser facilmente percebido na equipe, como instalações físicas, equipamentos e a aparência dos profissionais que realizam o atendimento. A dimensão Confiabilidade, relaciona-se com a capacidade de realizar o prometido, de forma confiável e com precisão. A dimensão Capacidade de resposta é a vontade de ajudar os clientes e fornecer um serviço rápido. A dimensão Garantia está relacionada ao conhecimento, à cortesia dos empregados e sua capacidade de inspirar confiança e segurança nos clientes. E, por fim, a dimensão Empatia é o carinho e a atenção individualizada que a empresa oferece aos seus clientes (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

O SERVQUAL é adequado para medir a qualidade de serviços odontológicos, desde que sejam realizadas as adaptações para os quesitos de cuidados de saúde (JOHN; YATIM; MANI, 2011). A qualidade no serviço possui um papel importante na escolha do paciente para referências futuras. Necessidades e expectativas podem afetar o comportamento do paciente, aumentando sua utilidade e reduzindo as consultas canceladas, angústia e ansiedade (BAHADORI et al. 2015).

Analisar a qualidade do serviço permite aos gestores relacionar os recursos humanos, equipamentos e recursos financeiros, atingindo a melhoria do desempenho em áreas que possuem maior efeito na percepção dos pacientes. A pesquisa realizada por Bahadori et. al (2015) aponta os principais fatores percebidos por 385 pacientes de clínicas odontológicas públicas de Teerã: limpeza; materiais e suprimentos; a atenção dos dentistas para as expectativas do paciente;

confiabilidade ao fornecer uma resposta clara e de fácil entendimento; garantia, habilidade técnica odontológica; empatia e compreensão das necessidades do paciente.

Em pesquisa realizada com 500 pacientes odontológicos de clínicas públicas da Malásia, verificou-se que os pacientes procuraram tratamento porque sentiram dor estavam mais satisfeitos que aqueles que faziam tratamentos regulares. As variáveis mais significativas da pesquisa relacionaram-se com a Capacidade de resposta do dentista, com a Garantia e a Empatia, havendo diferença significativa ( $p < 0,01$ ) entre as expectativas e a percepção dos pacientes em todas as variáveis. No ambiente de saúde a qualidade técnica é definida com base no rigor técnico dos diagnósticos e dos procedimentos. Estas informações são, geralmente, acessíveis apenas aos prestadores de serviço de saúde, dificultando para o paciente o conhecimento sobre o andamento do tratamento - se ocorre de maneira correta e segura -, pois, como leigo, não compreende a técnica adotada e se trará o melhor resultado. A qualidade funcional refere-se ao procedimento do serviço prestado ao paciente, sendo ele o principal determinante da percepção da qualidade deste serviço (JOHN; YATIM; MANI, 2011).

A prestação de serviço dificilmente poderá ser padronizada, pois, cada paciente possui uma demanda diferente, definindo a natureza da prestação do serviço. Os cuidados de saúde odontológicos consistem em assegurar a saúde bucal e a satisfação das necessidades e desejos dos pacientes e dos próprios prestadores, fornecendo ótimas soluções de saúde bucal, estética e procedimentos que causem o menor dano ou incomodo possível (JOHN; YATIM; MANI, 2011).

A qualidade e satisfação/insatisfação com os serviços são determinadas por variáveis, tais como: boa relação dentista-paciente; disponibilidade de infraestrutura adequada; e o tempo de realização dos procedimentos de acordo com as expectativas do paciente (JOHN; YATIM; MANI, 2011).

Na pesquisa de John, Yatim e Mani (2011), foram incluídos nove constructos, dentre eles cinco originais do SERVQUAL: tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia. E, em seguida: resultado do serviço, núcleo de valores do ministério da saúde, cultura corporativa e trabalho em equipe/profissionalismo. Foram feitas 20 perguntas sobre as expectativas e, outras 20, sobre a percepção dos pacientes nesses constructos e, para sua aplicação, utilizaram escala *Likert* de cinco pontos.

Na Malásia, grande parte da população faz uso do serviço público, pois existe pouca oferta de prestadores de serviços particulares e nenhuma empresa de plano de saúde odontológico. Atualmente, percebe-se um crescimento de consumidores mais conscientes da importância da saúde bucal e, para atender estas expectativas, os profissionais devem acompanhar este ritmo (JOHN; YATIM; MANI, 2011).

Existe uma clara discrepância entre o serviço desejado e percebido, principalmente no fator comunicação. Isto é, as reclamações do não fornecimento de informações sobre a prevenção, de como será conduzido o tratamento ou, também, quando não demonstram preocupação com a dor ou a angústia do paciente. As justificativas são de que os aspectos técnicos são, geralmente, muito repetitivos e de baixo grau de complexidade para o profissional, considerando desnecessário explicar os procedimentos aos seus pacientes (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

O constructo com maior influência na satisfação dos pacientes, está relacionado à imagem do dentista. Ou seja, aspectos tangíveis como a higiene pessoal, a qualidade e os equipamentos atualizados, os fatores situacionais e a forte relevância da experiência do tratamento anterior. As variáveis relacionadas ao marketing, como o preço e a propaganda, não demonstraram ter efeito (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

Observa-se que o conhecimento das expectativas do paciente é importante, na medida em que ajuda ao profissional adequar o processo da prestação do serviço e gerenciar ativamente as expectativas do paciente. Os profissionais que priorizam a comunicação causam efeitos positivos na satisfação dos pacientes. Os dentistas que demonstram vontade de conversar e maior sensibilidade com as crianças são melhor avaliados em relação aos profissionais que não demonstram tais características (NEWSOME; WRIGHT, 1999).

O fator conveniência não possui um peso relevante na satisfação dos pacientes. Aspectos como localização da clínica, estacionamento, tempo de espera para ser atendido e horário de atendimento não são prioritários para a tomada de decisão por parte do paciente e, sim, competência profissional, personalidade e atitudes empáticas. Os custos do tratamento são frequentemente citados como fator determinante de satisfação do paciente. É aconselhável que os profissionais não percam de vista os aspectos psicológicos do cuidado humano e mantenham em mente que eles são componentes integrais da percepção da qualidade no tratamento odontológico (NEWSOME; WRIGHT, 1999).



Aumentar a satisfação do paciente requer serviços de saúde orientados para os protocolos eficientes e analisando as oportunidades e ameaças relacionadas à satisfação do paciente (CHANG; CHANG, 2013).

Em pesquisa aplicada no departamento de odontologia de um hospital público de Taiwan, foram entrevistados 400 pacientes adultos, sendo que a taxa de resposta foi de 76% (303/400). O objetivo foi propor uma estrutura conceitual para identificar os principais impulsionadores e fornecer orientações para melhorar a qualidade do serviço no atendimento odontológico (CHANG; CHANG, 2013).

Chang e Chang (2013) utilizaram o modelo estruturado processo-resultado de Donabedian (1988) para explorar os elementos dos serviços odontológicos. As respostas apresentaram o *alpha de Cronbach* acima de 0,70, indicando confiabilidade das variáveis. A percepção da qualidade foi dividida em três partes: estrutura, processo e resultado. O questionário apresentou 30 elementos, divididos entre perguntas funcionais e não funcionais, que serviu para a verificação da resposta (Quadro 2). Esse modelo pode ser útil na identificação de condutores de satisfação do paciente no serviço odontológico e para destacar os espaços para melhorias. A prática odontológica difere muito de outras áreas da saúde, pois, na medida que eles assumem um contato mais pessoal, íntimo e duradouro com o paciente devido ao procedimento dentário que exige um tempo relativamente longo de sessão (CHANG; CHANG, 2013).

Qualidade do serviço	Estrutura	Física	Atualização dos equipamentos
			Aparência das instalações
			Aparência de higiene pessoal e limpeza
			Esterilização total dos instrumentos
			Descarte correto dos materiais
		Equipe	Equipe vestida adequadamente
	Quantidade de dentistas suficientes para a triagem		
	Reputação do dentista		
	Processo	Profissionalismo	Aparência saudável do dentista
			Serviço bem executado na primeira vez
			Senso de segurança com a equipe de apoio
			Diminuição da dor durante o tratamento
			Olhou ativamente para os dentes
		Interação	Instruções confiáveis de saúde bucal
			O dentista foi cortês
			Explicou detalhadamente o diagnóstico e o tratamento
			Preocupou-se com as suas dúvidas e angústias
		Reatividade	Paciente prontamente atendido
			Atitudes simpáticas com os problemas do paciente
			Eficácia no tratamento das queixas dos pacientes
			Boas atitudes no serviço
		Administração	Estadia de curta duração
			Atendimento no tempo adequado
			Solicitou a opinião do paciente
			Registros precisos dos pacientes
			Esclareceu os itens da lista de medicamentos
	Resultados	Resultados	Alívio da dor depois do tratamento
Maior confiança depois do tratamento			
Custo aceitável para o serviço odontológico			

Quadro 2 - Atributos de pesquisa de satisfação do paciente  
 Fonte: Chang e Chang (2013)

## CAPÍTULO 3 METODOLOGIA

O objetivo desta pesquisa é analisar quais são as características hospitalares dos dentistas valorizadas pelo paciente odontológico. Neste capítulo são apresentadas a construção da escala que constituiu o instrumento de coleta de dados e obteve-se os resultados do pré-teste realizado.

Para responder à questão de pesquisa proposta na Introdução, a saber: como o paciente particular e de convênio percebem os aspectos de hospitalidade e humanização no relacionamento com o dentista? Foram propostas três hipóteses com base no desenvolvimento teórico dos dois capítulos precedentes:

- H1 – O paciente não percebe no dentista o interesse em sua saúde como um todo, preocupando-se somente com a saúde bucal.
- H2 – O paciente de convênio percebe um tratamento diferenciado em relação ao paciente particular.
- H3 - A dinâmica do atendimento dado ao paciente do convênio dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança entre este e o dentista.

O método adotado foi a investigação empírica, de caráter descritivo e exploratório. Malhotra (2011) apresenta diversas formas de pesquisar as fontes de informação do marketing, incluindo a percepção dos consumidores de produtos e serviços sobre seus fornecedores. Após a revisão teórica sobre hospitalidade, humanização, odontologia e encontro de serviços foi possível elaborar as variáveis de análise para esta pesquisa. Na elaboração do instrumento de pesquisa aplicado utilizou-se a literatura sobre os aspectos relacionais entre dentista e paciente relacionados diretamente ou indiretamente ao bem-estar do paciente e a preocupação do dentista em prestar um serviço humanizado (NOBRE et. al., 2012; SOARES; REIS; FREIRE, 2014; MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2012; MARTINS et. al., 2014; ARAÚJO; DIMENSTEIN, 2006; BRASIL, 2004; CAMPOS et. al., 2012).

O objeto de estudo é uma clínica odontológica, situada na cidade de Guarulhos-SP, que funciona no mesmo local há três anos. A clínica possui, atualmente, 103 pacientes, sendo que 15 aceitaram participar da pesquisa que foi aplicada entre os dias 10 e 20 de novembro de 2015. Não responderam à pesquisa menores de 18 anos. Foi solicitado ao respondente que não se identificasse e a pesquisa foi aplicada por este pesquisador. Foram questionados sobre a idade, o

grau de instrução, o sexo, o motivo da consulta e o vínculo com a clínica. Isto é, se o paciente possuía um vínculo direto - paciente particular - ou vínculo indireto - quando é beneficiário de plano de saúde odontológico.

As 18 perguntas que possuem o objetivo de avaliar o grau de percepção de hospitalidade dos pacientes em relação ao atendimento odontológico são quantitativas e foram distribuídas na escala *Likert* de cinco pontos, separadas em nas categorias a saber: hospitalidade do dentista (12); hospitalidade da recepcionista (1); conforto da sala (1); processos administrativos (2); e pagamento (2). Elaborou-se quatro perguntas semiestruturadas que possibilitaram ao respondente expor sua percepção por meio das respostas abertas, cujas quais foram tratadas pela análise de conteúdo conforme Bardin (2009).

Os dados quantitativos foram analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20* da *International Business Machines (IBM)*, obtendo-se o desvio padrão das variáveis, a correlação entre variáveis e o *alpha de Cronbach* como índice de confiabilidade.

É relevante ressaltar que, apesar da literatura científica a respeito das aplicações do coeficiente nas diversas áreas do conhecimento ser ampla e abrangente, ainda não existe um consenso entre os pesquisadores acerca da interpretação da confiabilidade de um questionário obtida a partir do valor deste coeficiente. Não há um valor mínimo definido para o coeficiente *alfa de Cronbach* ser aceito como bom, mas acha-se na literatura o valor de 0,70 como mínimo aceitável (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010, p. 7).

Com a realização do pré-teste, percebeu-se que as perguntas não estavam elaboradas adequadamente, devido ao fato de não se ter ainda um grande referencial teórico. Após a ampliação da pesquisa para textos publicados no Brasil e no exterior, foi possível chegar ao instrumento utilizado na coleta da pesquisa de campo.

Na de pesquisa de campo, pretendeu-se entrevistar 300 pacientes de clínicas odontológicas públicas e privadas, maiores de 18 anos, nas cidades de São Paulo e Guarulhos, no estado de São Paulo. Os questionários foram aplicados por este pesquisador e por entrevistadores devidamente treinados e orientados para privilegiassem diferentes regiões da cidade para que fossem evitadas respostas tendenciosas e uniformes.

### 3.1 Resultados do pré-teste

A amostra apresenta-se bem diversificada no quesito idade, sendo: quatro pacientes entre 18 e 21 anos; quatro pacientes entre 22 e 30 anos; três pacientes de 31 a 50 anos; e 3 pacientes, acima de 51 anos de idade. A tabela 2 demonstra a média e desvio padrão de cada variável perguntada, em que foi possível apurar, por meio da fórmula  $CV = \frac{dp}{m}$ , onde CV = coeficiente de variância, dp = desvio padrão e m = média.

As variáveis que apresentaram o coeficiente de variância igual ou superior a 20% possuem maior confiabilidade (GARCIA, 1989). A variável sobre a *anamnese* foi retirada pelo *software* SPSS, pois o desvio padrão foi considerado nulo.

Tabela 2 - Média, desvio padrão, coeficiente de variância

<b>Váriavel</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>CV</b>
Cordialidade_recep	4,57	0,514	11%
Conforto_sala	4,21	0,579	14%
Pagamento	4,29	0,914	21%
Atencioso	4,29	0,469	11%
Explicação_minucioso	4,29	0,469	11%
Opinião_tratamento	4,29	0,469	11%
Atende_expectativas	4,57	0,646	14%
Valor	3,93	0,997	25%
Recomendação	4,21	0,426	10%
Bem-estar	4,43	0,646	15%
Vínculo	4,43	1,158	26%
Emoções	4,57	0,646	14%
Acolhimento	4,57	0,646	14%
Mensagens_futuras	4,57	0,756	17%
Confiança	4,57	0,646	14%
Preocupação_higiene	4,93	0,267	5%
Preocupado_dor	4,43	0,756	17%

Fonte: Elaborador pelo autor

Os itens pagamento, valor e vínculo apresentaram o coeficiente de variância maior que 20%. A tabela 3 apresenta as correlações entre as variáveis da amostra, em que o item Cordialidade da recepcionista possui maior correlação com o item Explicação minuciosa do dentista (0,54). O item Conforto da sala é relacionado em maior grau com o item Recomendação aos amigos e parentes (0,73). O item pagamento possui maior correlação com a percepção de Valor do tratamento

adequado (0,69). O item Atencioso foi, em maior parte, correlacionado com a variável Recomendação (0,82), bem como o item Explicação minuciosa (0,82). A variável considerou que Opinião na decisão do tratamento possui maior correlação com os itens Atencioso e Explicação minuciosa (0,65). Quando a variável é Atende plenamente sua expectativa, três correlações foram latentes: Atencioso, Explicação minuciosa e Opinião na decisão do tratamento (0,43). O quesito percebe o Valor cobrado como justo é correlacionado em maior grau com a variável Atencioso (0,70). Recomendação demonstrou (0,82) correlação com as variáveis Atencioso e Explicação minuciosa. Este item destaca-se pela relação direta percebida pelo paciente que ao recomendar o dentista para amigos e/ou familiares, as variáveis Atencioso e Paciente para explicar são as mais valorizadas.

A variável Bem-estar alinhou-se com a variável Confiança, apresentando índice de correlação de (0,84). A variável Vínculo obteve correlações muito baixas ou negativas. A variável Acolhimento encontrou-se relacionada por correlação (0,81) com a variável Soube lidar com suas emoções, demonstrando que esta preocupação hospitalar é percebida pelo paciente. A variável deseja receber Mensagens futuras apresentou correlação (0,85) com a variável Confiança e forte correlação com as variáveis Preocupação com sua higiene bucal e Preocupação com a dor durante o tratamento, (0,70) e (0,72), respectivamente.

Tabela 3 - Correlações entre variáveis do pré-teste

Correlação	Cordialidade recepcionista	Conforto sala	Pagamento	Atencioso	Explicação minuciosa	Opinião tratamento	Atende expectativas	Valor	Recomen- dação	Bem-estar	Vínculo	Emoções	Acolhimento	Mensagens futuras	Confiança	Preocupação higiene	Preocupado dor
Cordialidade recepcionista		0,333	-0,047	0,228	0,548	0,228	0,099	0,086	0,452	0,364	-0,185	0,331	0,099	0,085	0,099	0,32	0,113
Conforto sala	0,333		0,166	0,607	0,607	0,324	0,059	0,561	0,736	0,558	-0,262	0,47	0,264	0,578	0,676	0,604	0,653
Pagamento	-0,047	0,166		0,513	0,513	0,513	0,223	0,699	0,424	0,037	-0,343	-0,037	0,223	-0,255	-0,037	-0,225	0,143
Atencioso	0,228	0,607	0,513		0,65	0,65	0,435	0,705	0,826	0,326	-0,243	0,435	0,435	0,155	0,181	0,175	0,496
Explicação minuciosa	0,548	0,607	0,513	0,65		0,65	0,435	0,376	0,826	0,58	-0,243	0,435	0,435	0,372	0,435	0,175	0,496
Opinião tratamen	0,228	0,324	0,513	0,65	0,65		0,435	0,376	0,44	0,326	-0,243	0,435	0,435	0,155	0,181	0,175	0,496
ende expectativ	0,099	0,059	0,223	0,435	0,435	0,435		0,068	0,359	-0,079	0,059	0,263	0,263	-0,09	-0,289	-0,191	-0,067
Valor	0,086	0,561	0,699	0,705	0,376	0,376	0,068		0,582	0,29	-0,438	0,188	0,188	-0,044	0,188	0,268	0,35
Recomendação	0,452	0,736	0,424	0,826	0,826	0,44	0,359	0,582		0,479	-0,357	0,359	0,359	0,307	0,359	0,145	0,41
Bem_estar	0,364	0,558	0,037	0,326	0,58	0,326	-0,079	0,29	0,479		-0,162	0,474	0,289	0,72	0,842	0,636	0,697
Vínculo	-0,185	-0,262	-0,343	-0,243	-0,243	-0,243	0,059	-0,438	-0,357	-0,162		0,162	0,162	0,05	-0,147	-0,142	-0,05
Emoções	0,331	0,47	-0,037	0,435	0,435	0,435	0,263	0,188	0,359	0,474	0,162		0,816	0,382	0,263	0,255	0,562
Acolhimento	0,099	0,264	0,223	0,435	0,435	0,435	0,263	0,188	0,359	0,289	0,162	0,816		0,067	0,079	-0,191	0,562
Mensagens futuras	0,085	0,578	-0,255	0,155	0,372	0,155	-0,09	-0,044	0,307	0,72	0,05	0,382	0,067		0,855	0,598	0,481
Confiança	0,099	0,676	-0,037	0,181	0,435	0,181	-0,289	0,188	0,359	0,842	-0,147	0,263	0,079	0,855		0,7	0,72
Preocupação higiene	0,32	0,604	-0,225	0,175	0,175	0,175	-0,191	0,268	0,145	0,636	-0,142	0,255	-0,191	0,598	0,7		0,544
Preocupado dor	0,113	0,653	0,143	0,496	0,496	0,496	-0,067	0,35	0,41	0,697	-0,05	0,562	0,562	0,481	0,72	0,544	

Fonte: Dados da pesquisa

Por meio das correlações foi possível observar que as questões administrativas e de pagamento pouco interferem nas correlações das variáveis de hospitalidade do dentista, que são objeto deste estudo.

A tabela 4 descreve as análises de confiabilidade das variáveis. Quando apresentaram resultados superior a 0,70 foram indicadas como aceitáveis (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Tabela 4 - *Alpha de Cronbach* do pré-teste

<b>Variável</b>	<b><i>Alpha de Cronbach</i></b> <b>(se o item for excluído)</b>
Cordialidade_recep	0,817
Conforto_sala	0,794
Pagamento	0,825
Atencioso	0,798
Explicação_minucioso	0,796
Opinião_tratamento	0,804
Atende_expectativas	0,822
Valor	0,812
Recomendação	0,801
Bem-estar	0,795
Vínculo	0,876
Emoções	0,797
Acolhimento	0,804
Mensagens_futuras	0,809
Confiança	0,804
Preocupação_higiene	0,815
Preocupado_dor	0,789

Fonte: Dados da pesquisa

As variáveis apresentaram um bom índice de confiabilidade, superior a (0,70) em todos os quesitos. Isto indica que os resultados se repetirão em outras pesquisas, respeitadas as condições descritas no método.

A realização do pré-teste foi de suma importância para identificar possíveis distorções nas variáveis, a consistência do instrumento de pesquisa, a qualidade das perguntas e a correta aplicação do método adotado.

### **3.2 Confiabilidade da amostra**

Na realização da coleta pesquisa adotou-se o *Visual Analogic Scale* (VAS) que, em contraste com a escala *likert* de cinco pontos, não se restringe a um baixo



número de possibilidades de resposta. Neste caso, adotou-se o limite de 100 pontos. Além disso, os dados coletados com o VAS permitiram maior número de procedimentos estatísticos em comparação aos dados categorizados em cinco posições (FUNKE; REIPS, 2012).

O processo de coleta foi realizado pela *internet*, com apoio da ferramenta *survey*, mesmo quando o entrevistador coletou pessoalmente as respostas com o uso de *smartphone* ou *tablet*. Ao todo foram coletados 342 casos, destes, seis respondentes afirmaram ter menos de 18 anos, portanto, foram excluídos da amostra e, dois casos, pelo programa estatístico IBM SPSS 20, resultando em 334 casos válidos (99,4%). O *alpha de Conbrach* desta amostra foi de 0,928, considerado por Da Hora, Monteiro e Arica (2010) um alto grau de confiabilidade interna das respostas, em que o índice máximo é 1. A tabela 5 apresenta as variáveis pesquisadas com o uso da escala visual analógica (VAS). Saliencia-se que o respondente não possuía as categorias definidas para cada variável. Ao lado esquerdo da barra deslizante encontrava-se a indicação Totalmente inadequado, ao centro a indicação Neutro e a direita Totalmente adequado. Assim, o respondente posicionava o indicador no ponto exato que melhor representava sua percepção/opinião.

Tabela 5 - Média e desvio padrão da amostra

Variáveis	Média	Desvio Padrão	Número de casos
Duração	77,91	22,437	334
Execução	79,86	23,082	334
Recepcionista	76,22	25,110	334
Sala_espera	75,75	24,044	334
Sala_atendimento	75,16	24,119	334
Higiene_limpeza	85,72	20,026	334
Esterelização	89,77	18,941	334
Simpatia	88,75	18,120	334
Dentista_motivos	86,58	19,824	334
Duvidas_anseios	82,41	21,906	334
Explicação	83,55	22,011	334
Decisão	80,54	24,274	334
Ritmo	83,11	23,540	334
Afetiva_pessoal	85,91	21,621	334
Saude_geral	68,02	30,272	334
Mensagens	76,20	30,161	334
Confiança	80,04	24,617	334
Recomendação	84,65	23,332	334
Pagamento	80,59	24,788	334

Fonte: Dados da pesquisa

A tabela 6 são apresentados o índice de *alpha de Conbrach* de cada variável, demonstrando alta confiabilidade interna das respostas, sendo que todos os itens estão acima de 0,90, numa escala de até 1 (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010, p.7).

Tabela 6 - *Alpha de Conbrach* das variáveis de pesquisa

Variáveis	<i>Alpha de Conbrach</i> (se o item for excluído)
Duração	0,936
Execução	0,935
Recepcionista	0,94
Sala_espera	0,937
Sala_atendimento	0,936
Higiene_limpeza	0,936
Esterelização	0,937
Simpatia	0,936
Dentista_motivos	0,935
Duvidas_anseios	0,934
Explicação	0,934
Decisão	0,935
Ritmo	0,935
Afetiva_pessoal	0,935
Saude_geral	0,94
Mensagens	0,946
Confiança	0,935
Recomendação	0,934
Pagamento	0,937

Fonte: Dados da pesquisa

## CAPÍTULO 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu entre os dias 20 de outubro e 7 de novembro de 2016. Foram entrevistados 336 pessoas, maiores de 18 anos, que frequentaram clínica ou consultório odontológico particular buscando atendimento para sanar a dor, dificuldades de mastigação e/ou fala, estética e prevenção de doenças bucais.

Na amostra coletada nas cidades de São Paulo-SP e Guarulhos-SP, com apoio da tecnologia - o instrumento de coleta utilizado foi o computador e/ou *smartphone* -, 133 entrevistas foram realizadas por entrevistador capacitado (40% do total), enquanto 203 entrevistas foram feitas diretamente no instrumento de coleta de dados, sem a intermediação de entrevistador. A amostra apresentou 212 pessoas do sexo feminino (63,09%) e 124 do sexo masculino (36,91%) e a tabela 7 apresenta a distribuição dos respondentes segunda a faixa etária.

Tabela 7 - Distribuição dos respondentes, segunda a faixa etária

<b>Faixa etária</b>	<b>Quantidade de respondentes</b>	<b>%</b>
18 a 25 anos	92	27,38
26 a 33 anos	92	27,38
34 a 41 anos	71	21,13
42 a 49 anos	41	12,20
50 a 57 anos	27	8,03
58 a 65 anos	10	2,97
66 a 73 anos	3	1

Fonte: Dados da pesquisa

No gráfico 2, observa-se a frequência das visitas ao dentista, distribuídas por sexo, usuários de planos odontológicos (sim) ou pacientes particulares (não) e por quantidade que os respondentes foram ao dentista nos últimos 36 meses.

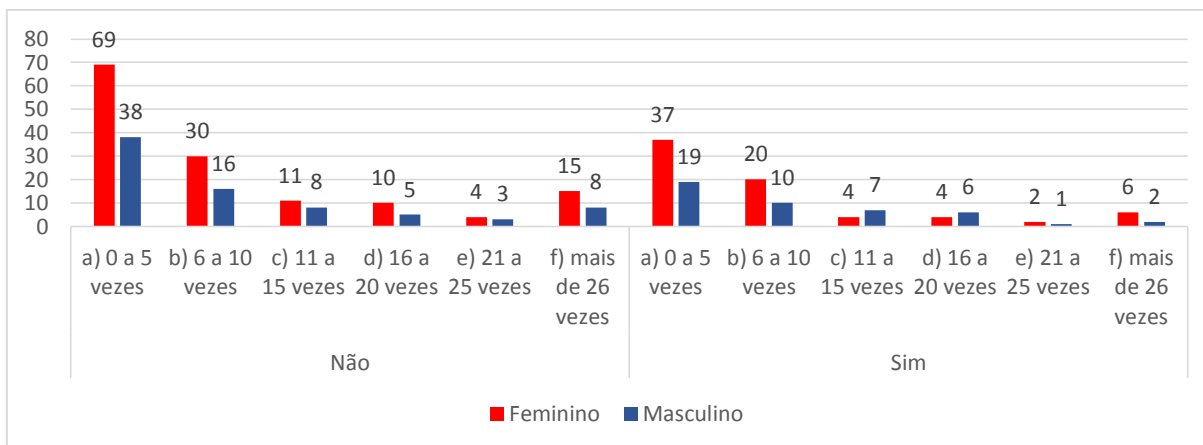


Gráfico 2 - Frequência da visita ao dentista, distribuída segundo a modalidade do plano do usuário e por sexo

Fonte: Dados de pesquisa.

A maior incidência de visitas dos usuários de plano odontológico é de zero a cinco vezes nos últimos três anos, para os homens e para as mulheres. Em seguida, de seis a 10 vezes, no mesmo período. Observou-se que as respostas são menos constantes em visitas mais frequentes ao consultório. Para os pacientes particulares, isto é, aqueles que não possuíam plano odontológico, também apresentou maior frequência para os pacientes que responderam que procuraram o dentista de zero a cinco vezes nos últimos três anos, seguida pela frequência de seis a 10 vezes e, uma situação especial, para os pacientes que frequentam mensalmente o consultório do dentista (mais de 26 vezes), provavelmente, pacientes em tratamento ortodôntico.

No gráfico 3, a amostra destacou uma participação maior de pessoas graduadas e pós-graduadas e do sexo feminino, notou-se uma baixa participação de respondentes com a instrução de ensino fundamental (oito respondentes), representando apenas 2,38% do total. Os pacientes mais frequentes possuíam ensino superior e nas classificações de instrução, as mulheres foram mais constantes nos atendimentos odontológicos.

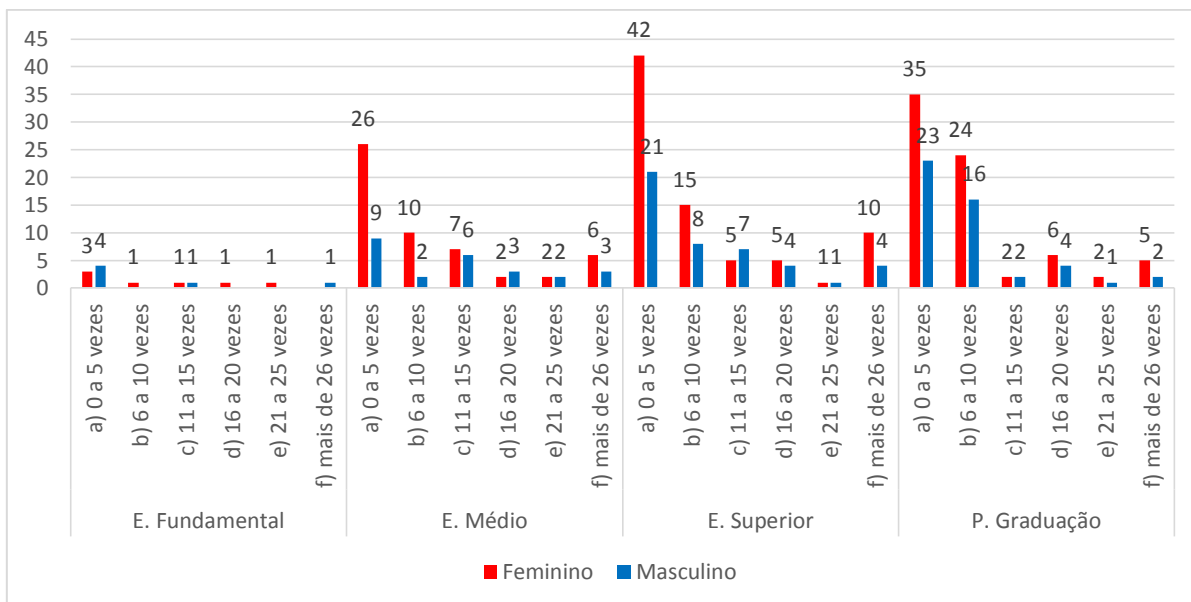


Gráfico 3 - Distribuição dos respondentes, segundo a frequência de visitas ao dentista, o grau de instrução e o sexo  
Fonte: Dados de pesquisa

Conforme demonstra o gráfico 4, a amostra apontou dados interessantes sobre a motivação da visita ao dentista. Distribuída por grau de instrução e por sexo, foi possível verificar as diferenças entre os motivos das pessoas de grau de instrução: no ensino médio, no caso das mulheres, o motivo mais frequente é prevenção. Para os homens, a estética.

Para respondentes do ensino superior, o fator prevenção é maior para ambos os sexos e, em seguida, a prevenção. Para as pessoas que possuíam pós-graduação, observou-se que a prevenção foi motivo principal de visitas ao dentista, sendo que as mulheres responderam que o fator dor está em segunda posição para buscar o tratamento. Os homens deste grupo permaneceram com a estética.

De acordo com a pesquisa, a dor não apareceu como o principal motivo em nenhum dos grupos entrevistados, indicando a evolução da relação dentista-paciente. Isto é, o tratamento que anteriormente era prioritariamente curativo, passou a ser preventivo, como é incentivado pelas políticas públicas de saúde.

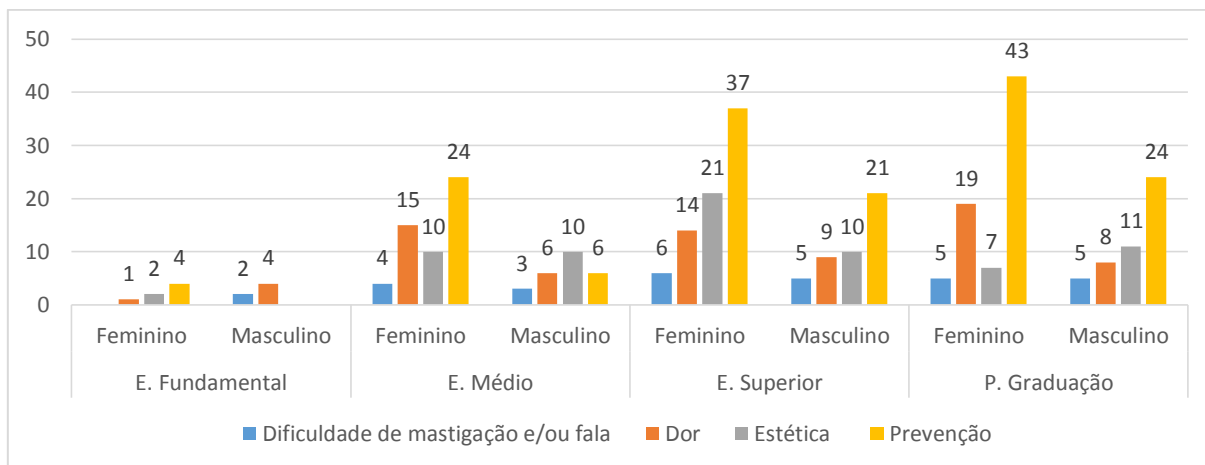


Gráfico 4 - Distribuição dos respondentes, segundo a motivação para visitar o dentista, por sexo e grau de instrução

Fonte: Dados de pesquisa

No gráfico 5, observou-se que os motivos da visita ao dentista, indicados pelos respondentes na faixa etária entre 18 a 25 anos e 26 a 33 anos, concentraram o maior número de usuários, 92 respondentes em cada uma, representando 27,38% do total. Entre os respondentes de 18 a 25 anos, em sua maioria mulheres, indicaram a prevenção como principal motivo, seguida pela estética e, depois, pela dor, sendo que, 50% do motivo, a prevenção. Para os homens da faixa de 18 a 25 anos, a prevenção é o maior motivo da ida ao consultório, muito próxima da estética. A dor surge como terceiro motivo apontado.

Na faixa etária de 26 a 33 anos, as mulheres indicaram a prevenção como primeiro fator, sendo três vezes maior que o motivo dor. Nesta faixa etária, os homens indicaram como principais motivos: a prevenção e a dor, seguida pela estética. Verificou-se que a prevenção é considerada o principal fator motivacional para as mulheres de 50 até os 57 anos. Homens na faixa etária entre 34 a 41 anos apontaram a estética como maior motivo e aqueles com 50 até 57 anos, a prevenção. Para os homens entre 58 a 73 anos, os motivos são mais variados e a prevenção deixa de ser fator preponderante para visitar o dentista.

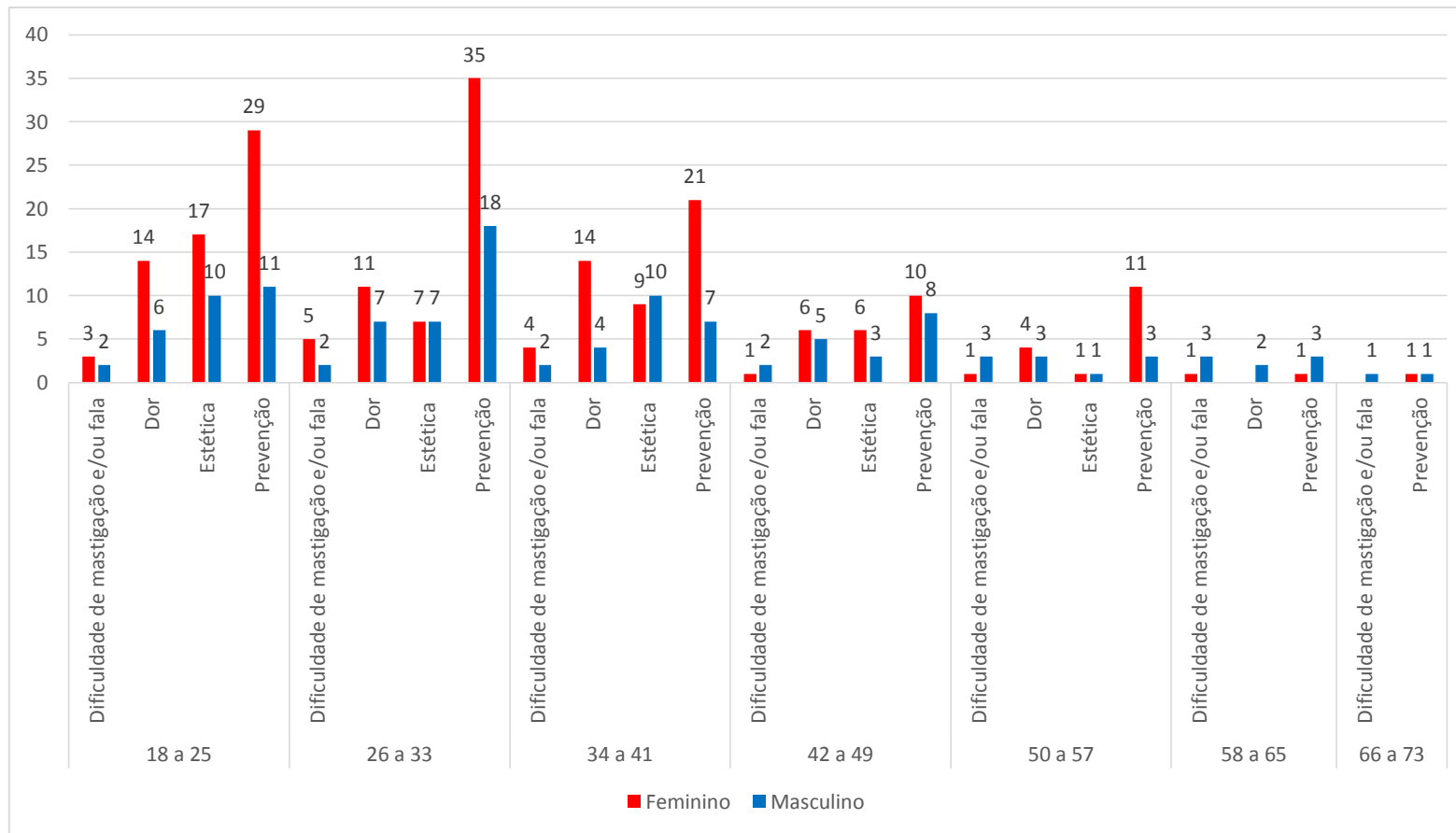


Gráfico 5 - Distribuição dos respondentes, segundo os motivos da ida ao dentista por faixa etária e por sexo  
 Fonte: Dados de pesquisa

#### 4.1 Constructos hospitalidade e humanização

Garbin et al. (2013) identificaram um descontentamento dos dentistas no valor pago pelos procedimentos por parte das empresas que administram os planos odontológicos. Neste estudo, utilizou-se a hipótese de que os pacientes que possuíam o plano odontológico também percebiam a diferença no atendimento, em função à necessidade de compensar a baixa remuneração por uma quantidade maior de atendimentos. Portanto, com tempo reduzido para o atendimento, a relação de hospitalidade e de humanização encontrou dificuldades para o seu estabelecimento. Ou seja, o estabelecimento do vínculo necessário para a manutenção da relação de compra continuada, presente no conceito de encontro de serviços.

O gráfico 6 demonstra o resultado de mulheres que foram atendidas por dentistas particulares ou que atendem planos odontológicos, distribuído por grau de instrução, em que foi perguntado ao respondente: “O dentista foi simpático?” “O dentista procurou entender os motivos que levaram você ao consultório?”. Essas perguntas foram associadas ao conceito de humanização da saúde (APELIAN, VERGNES, BEDOS, 2014).

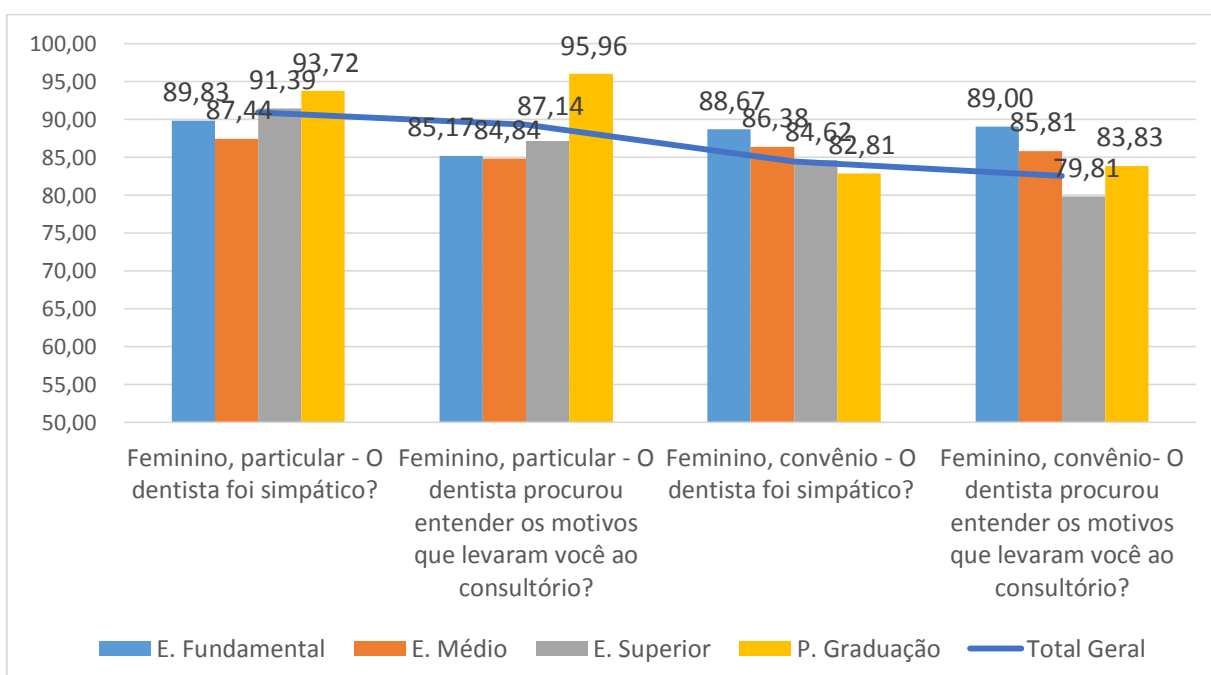


Gráfico 6 - Distribuição de pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos simpatia e motivação

Fonte: Dados de pesquisa



Conforme o gráfico 6, as respondentes que possuíam maior grau de instrução atribuíram notas para o dentista e seu atendimento nos aspectos de humanização quando utilizaram o convênio. Observou-se que estas variaram entre 12% e 17% menor em relação ao atendimento particular. Para as respondentes que possuem o ensino fundamental e médio, essa variação é menor, em torno de 1% ou 2%. Outro dado importante revelou que a paciente particular deu uma nota maior para a pergunta “O dentista procurou entender os motivos que levaram você ao consultório?”, sendo bem inferior quando perguntado para a paciente conveniada.

As mesmas perguntas foram feitas para os homens, que apontaram dados diferentes em relação às mulheres, como é possível observar no gráfico 7. A variação encontrou-se entre 4% e 8%, inferior a diferença percebida pelas mulheres. Não apresentou diferença considerável quando comparadas as duas perguntas, simpatia e se o dentista procurou o motivo da consulta.

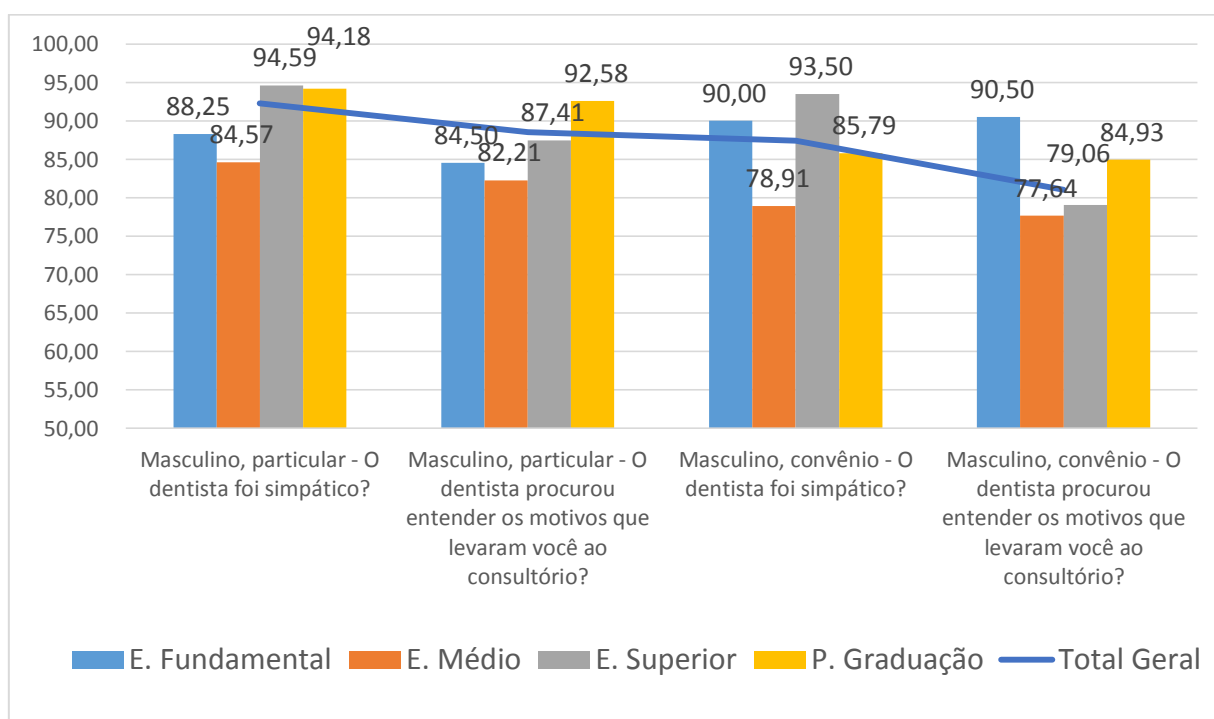


Gráfico 7 - Distribuição de pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos simpatia e motivação  
Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 8 apresenta o resultado dos dados obtidos em relação às perguntas fundamentadas no modelo de odontologia centrada na pessoa de Apleian, Vergos e Bedos (2014) - o poder equilibrado que coloca o paciente em posição de igualdade na decisão do tratamento; onde ele se torna ativo durante o procedimento; o dentista

o trata com alteridade, se colocando no lugar do paciente; e o reconhecendo como ser humano.

Outro pilar do modelo de odontologia centrado da pessoa é a tomada de decisão, presente na pergunta “O dentista explicou detalhadamente o tratamento proposto?”. Em ambos os casos, a pontuação atribuída pelos pacientes que utilizaram o atendimento realizado via convênio odontológico, foi muito inferior em relação a dos respondentes com ensino superior e pós-graduação. Entre 7 a 11 pontos para a pergunta: “O dentista explicou detalhadamente o tratamento proposto?” e 6 a 20 pontos, para a pergunta “O dentista procurou entender suas dúvidas e anseios?”

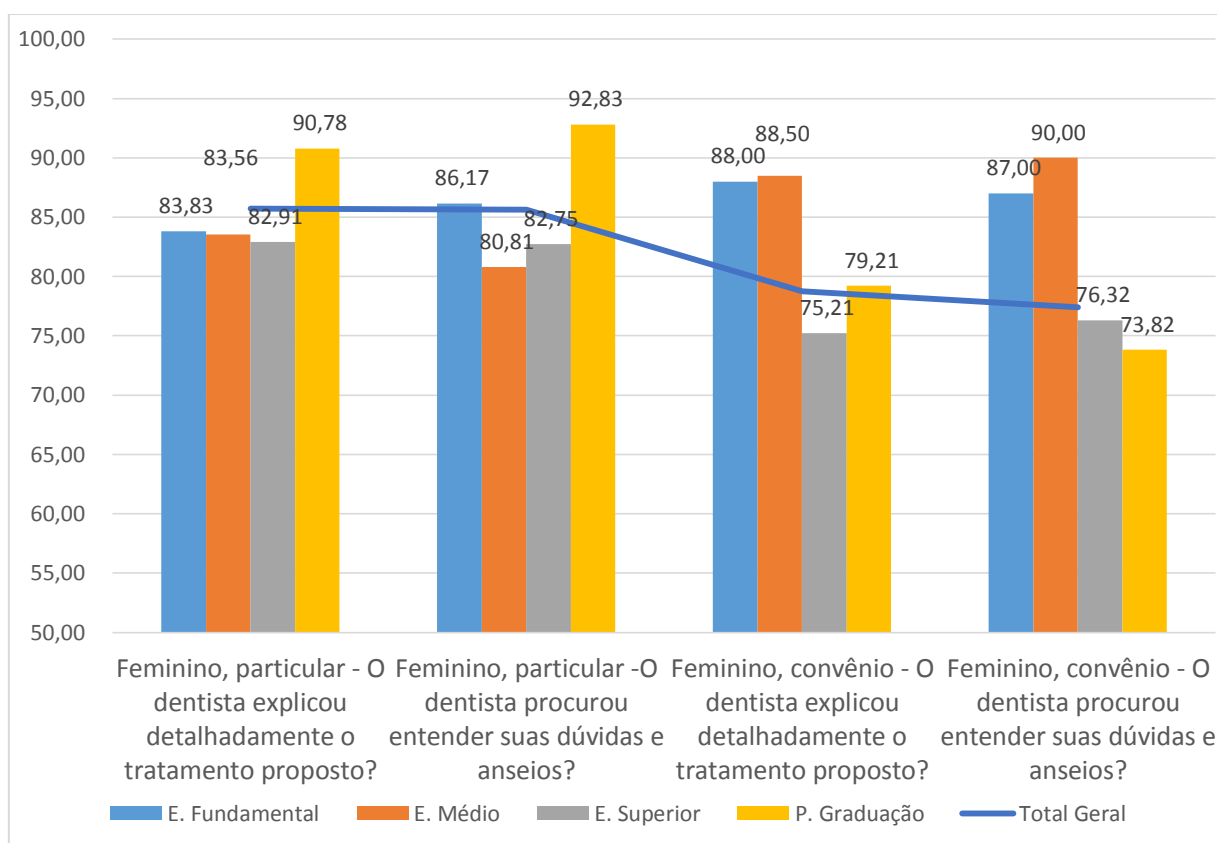


Gráfico 8 - Distribuição de pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos explicação e compreensão

Fonte: Dados de pesquisa

As mesmas perguntas do gráfico 8 foram respondidas pelos homens (Gráfico 9). Porém, a pontuação dada pelos respondentes atendidos foi menor a atribuída pelas mulheres. Observou-se uma diferença considerável para os pacientes que utilizaram o convênio odontológico e o atendimento particular pelos respondentes que possuem pós-graduação.

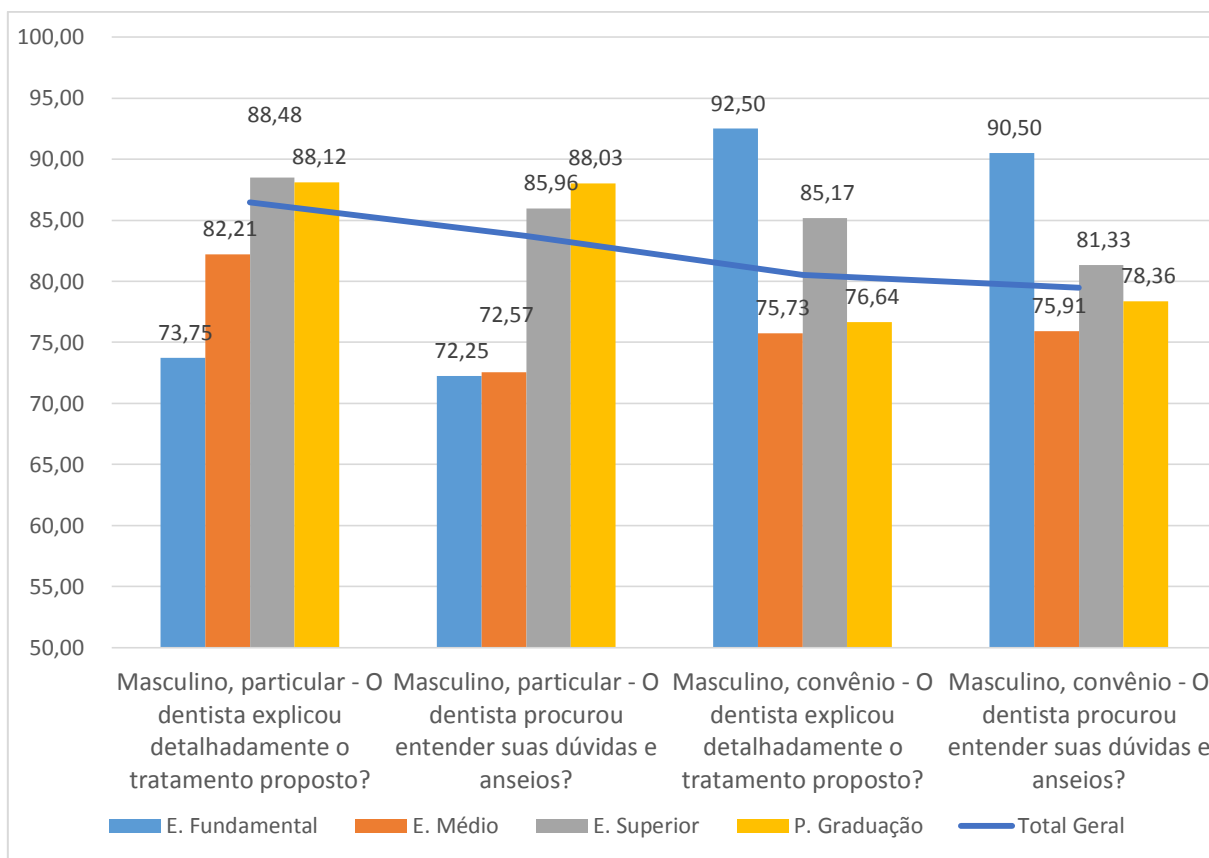


Gráfico 9 - Distribuição de pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos explicação e compreensão  
 Fonte: Dados de pesquisa

Ainda com base no modelo centrado na pessoa de Aplein, Vergos e Bedos (2014), referente ao pilar Poder Equilibrado, encontro entre o paciente e o dentista, em que ambos possuem igual poder de decisão perguntou-se: “A decisão do tratamento foi tomada em conjunto por você e o dentista?” E, no pilar intervenção, perguntou-se: “O dentista respeitou o seu ritmo, medos e expectativas durante o procedimento?”. Assim, demonstrando a preocupação com o ser humano que está sendo atendido.

Como demonstrado pelo gráfico 10, foi possível observar a diferença de pontuação que mulheres atribuíram para o atendimento ofertado para pacientes de plano odontológico, para a pergunta sobre a tomada de decisão. Diferença também percebida pelas mulheres quando perguntadas sobre o respeito ao “ritmo”, medos e expectativas: 6 de a 10 pontos menor que as respondentes que utilizaram o atendimento particular.

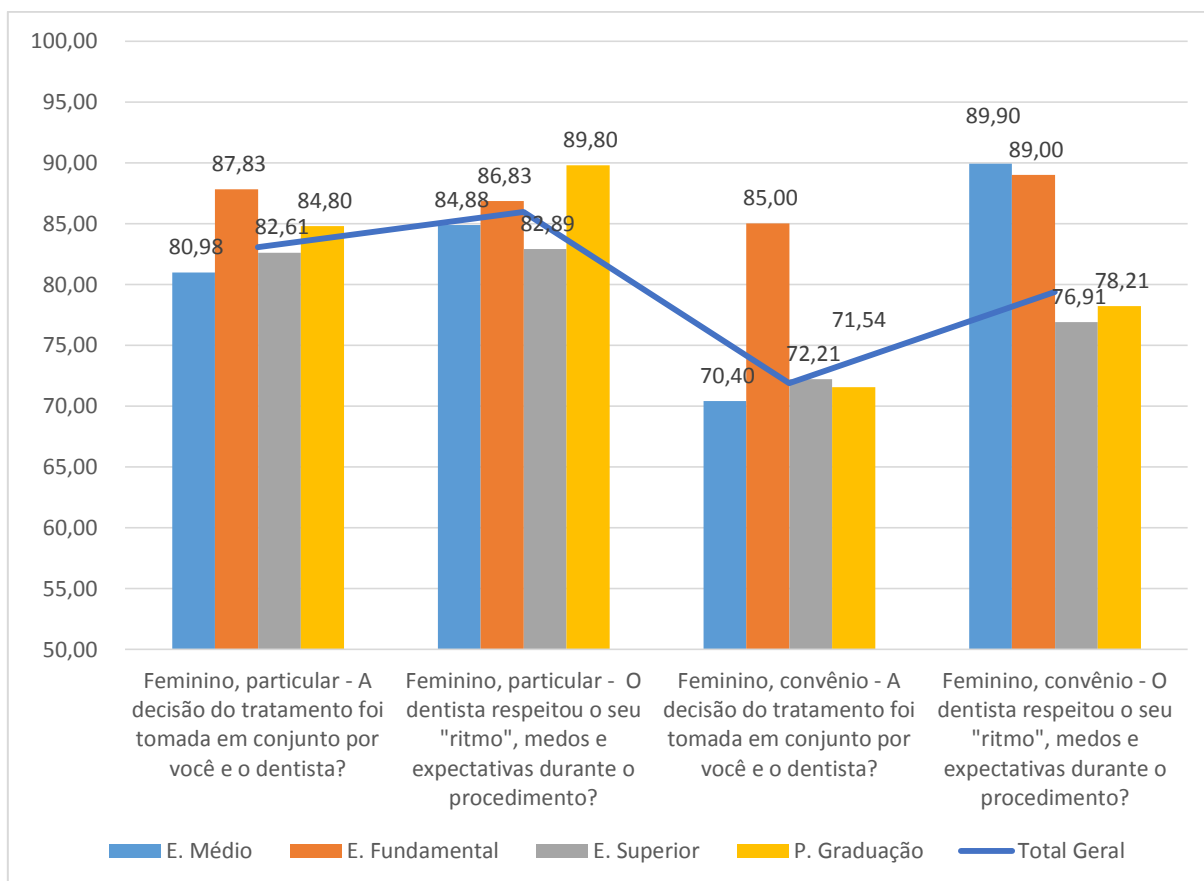


Gráfico 10 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de poder equilibrado e respeito ao ritmo, medos e expectativas

Fonte: Dados de pesquisa

Para o grupo masculino, a pergunta sobre a tomada de decisão, apresentou um resultado maior para o grupo que possuía o ensino superior e a pós-graduação e, menor, para aqueles com ensino fundamental e médio, conforme demonstrado no gráfico 11.

Os grupos de usuários com ensino médio e superior apresentaram médias inferiores em relação aos usuários de atendimento particular. Quanto aos usuários de planos odontológicos, situação se inverte, quando comparados com os pacientes com ensino fundamental e pós-graduação.

Na pergunta sobre o respeito dos medos, expectativas e sentimentos, observou-se uma pontuação menor atribuída pelos pacientes que utilizaram o plano odontológico, porém, a diferença atribuída foi menor em relação a atribuída pelo grupo feminino no mesmo quesito. Ressalta-se que a pesquisa não conseguiu demonstrar o que causa esta diferença de pontuação atribuída para perguntas iguais entre homens e mulheres.

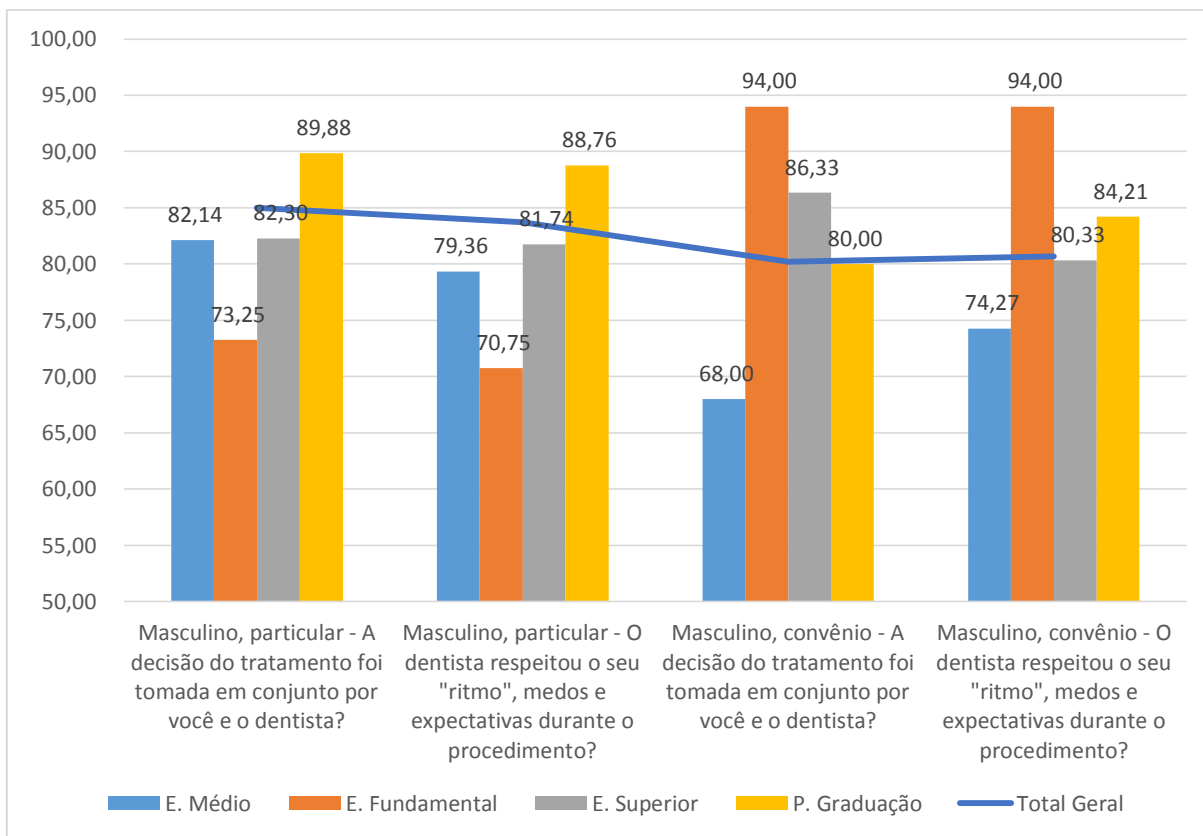


Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de poder equilibrado e respeito ao ritmo, medos e expectativas

Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 12 apresenta os dados obtidos com as perguntas sobre a postura do dentista diante de um ser humano que necessita de atendimento odontológico, que vai muito além da capacidade técnica do profissional. Nestes questionamentos considerou-se que o paciente possui hábitos de vida que podem influenciar em sua doença ou que sua condição atual pode dificultar suas habilidades de relacionamento com outras pessoas.

As perguntas de investigação pautaram-se sobre a vida do paciente, que dão pistas sobre seu comportamento cotidiano. A primeira pergunta: "O dentista entende que é importante para a sua vida afetiva e pessoal?". Observou-se que, quando realizada para mulheres que utilizaram o atendimento particular, a média ficou entre 87 a 92 pontos, na escala de 0 até 100 pontos.

Na pergunta: "O dentista perguntou sobre a sua saúde em geral e o seu modo de vida?" Quando realizadas para usuárias de plano odontológico, a pontuação diminuiu para a média de 67 pontos na mesma escala. Ou seja, as médias apresentadas foram menores. Destaca-se a pontuação mais baixa dada no grupo de

perguntas sobre a hospitalidade e a humanização, 55,82 pontos em média, para a pergunta sobre a saúde em geral e o modo de vida, que teve como respondentes 28 mulheres que possuíam pós-graduação.

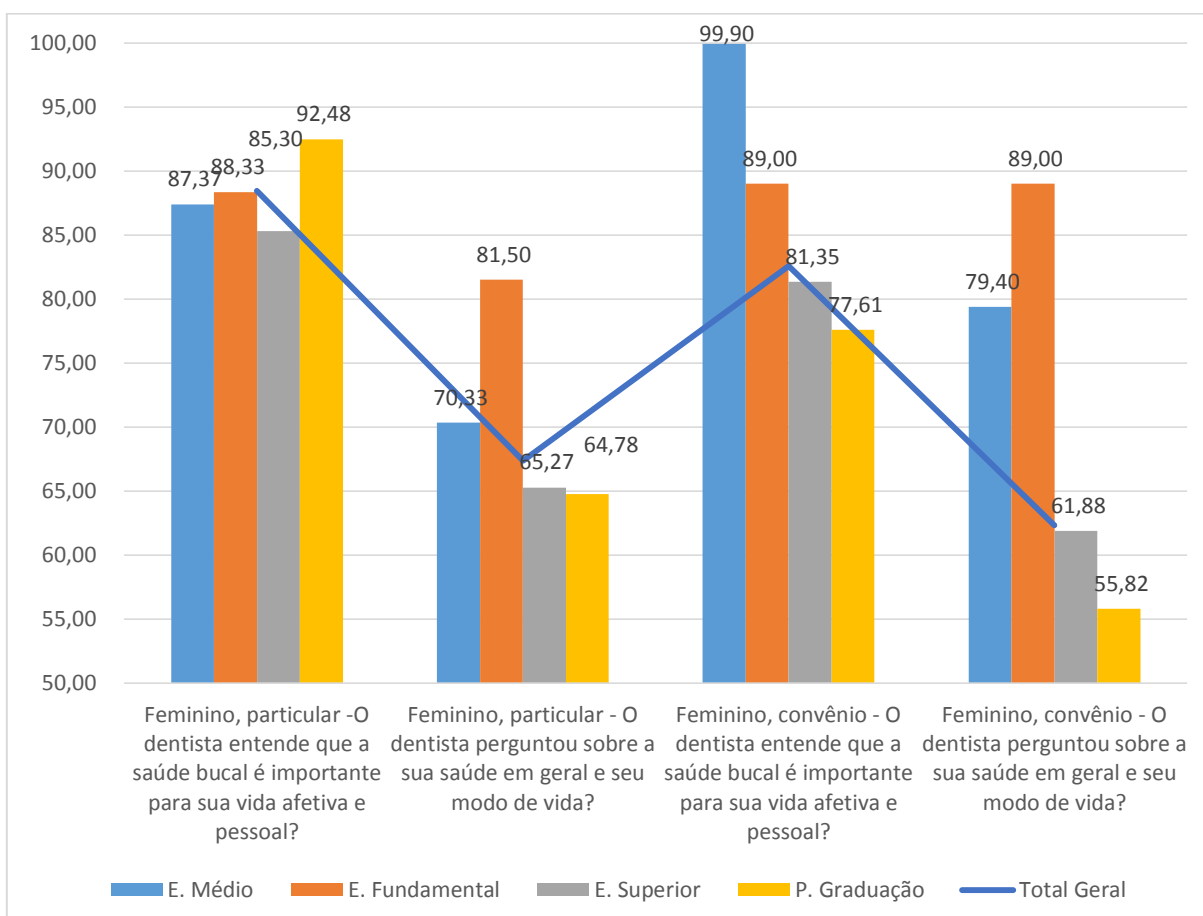


Gráfico 12 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e convênios, segundo os aspectos de importância da saúde bucal e saúde em geral  
Fonte: Dados de pesquisa

A pergunta sobre a saúde e o modo de vida do homem, apresentou média 8 pontos superior quando comparada com as mulheres (Gráfico 13). A média geral da mesma pergunta para os homens que utilizaram o plano odontológico também foi superior para a mesma pergunta, evidenciando uma possível melhora na coleta de informações sobre o estado de saúde do paciente e, não somente, as queixas que o levaram ao consultório.

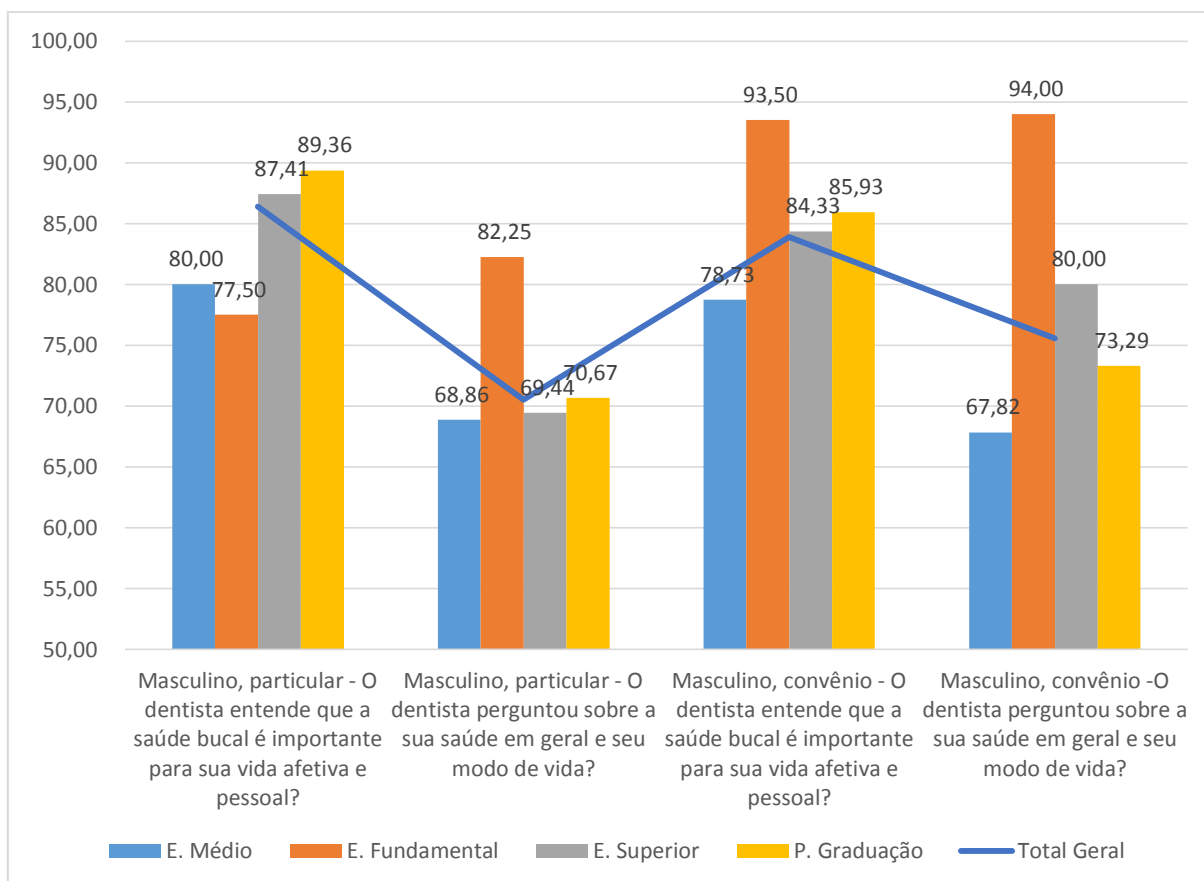


Gráfico 13 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e convênios, segundo os aspectos de importância da saúde bucal e saúde em geral  
Fonte: Dados de pesquisa

## 4.2 Constructos qualidade e encontros de serviços

Alguns autores na área de odontologia como John, Yatim e Mani (2011), Chang e Chang (2013), Baldwin e Sohal (2003) e McAlexander, Kaldenberg e Koenig (1994), utilizaram o SERVQUAL elaborado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) para medir a qualidade do atendimento odontológico na lacuna existente entre a expectativa e a percepção do atendimento recebido. Eles utilizaram cinco fatores: tangibilidade, confiabilidade, capacidade de resposta, garantia e empatia. Da pesquisa de Chang e Chang (2013) elaborou-se as perguntas sobre a qualidade do atendimento odontológico que serão analisadas a seguir.

O gráfico 14 demonstra a percepção dos usuários de atendimento particular e usuários de planos odontológicos. Quando perguntados sobre o tempo do tratamento, as mulheres indicaram pontuação superior para os dentistas que

atendem pelo convênio. Este resultado pode ser consequência da necessidade de atender uma quantidade maior de pacientes, pois a remuneração por procedimento é baixa quando comparada com o valor cobrado de uma paciente particular (Garbin et al., 2013).

Quando perguntadas sobre a qualidade do serviço, indicaram pontuação semelhante para o atendimento particular e para o atendimento via convênio.

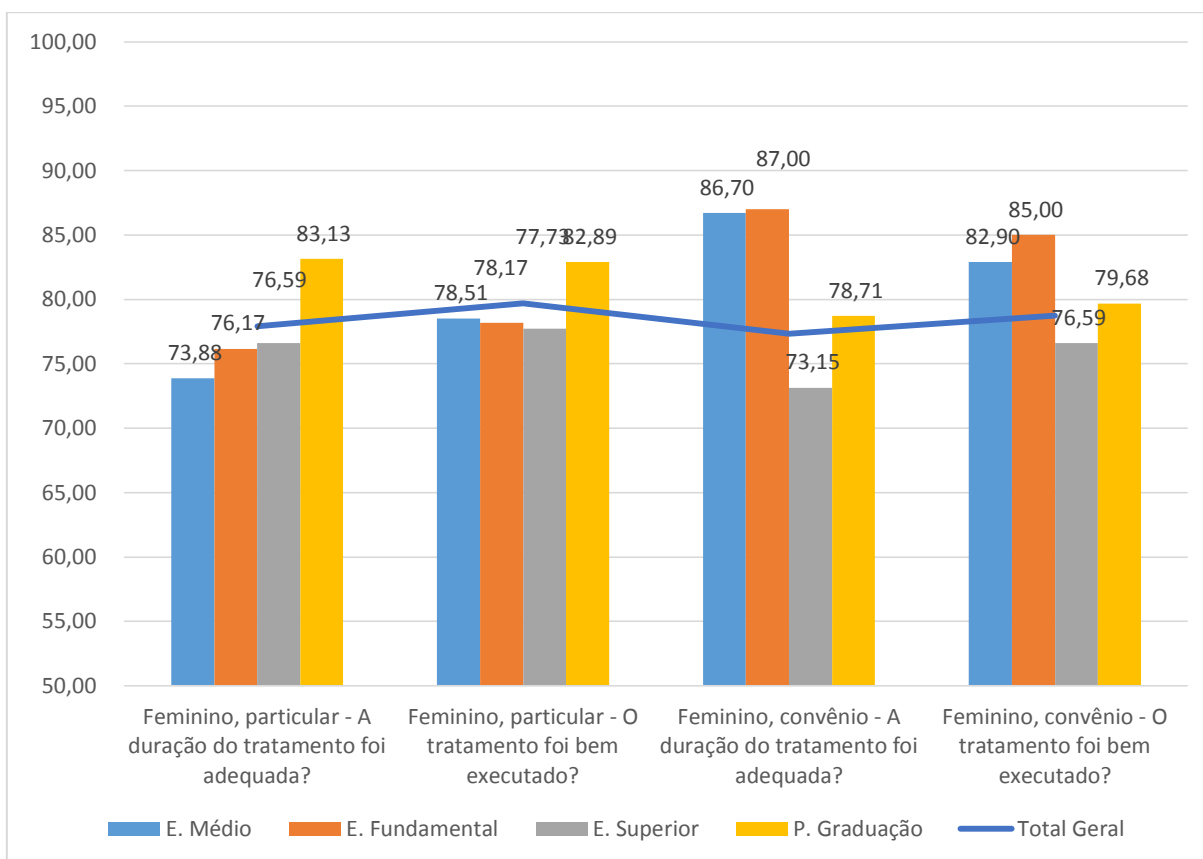


Gráfico 14 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos tempo e execução do tratamento

Fonte: Dados de pesquisa

As mesmas perguntas sobre a qualidade e do tempo do tratamento foram feitas para o grupo masculino. Para os pacientes particulares, com ensino fundamental e médio a média foi de 72 pontos. Para os respondentes com ensino superior e pós-graduação, o resultado da média aumentou entre 77 a 86 pontos. O grupo masculino e usuário de convênio odontológico não apontou diferenças para as mesmas perguntas. Média geral de 76 pontos para o tempo gasto no tratamento - adequada - e, 79 pontos, para a qualidade da execução do serviço (Gráfico 15).



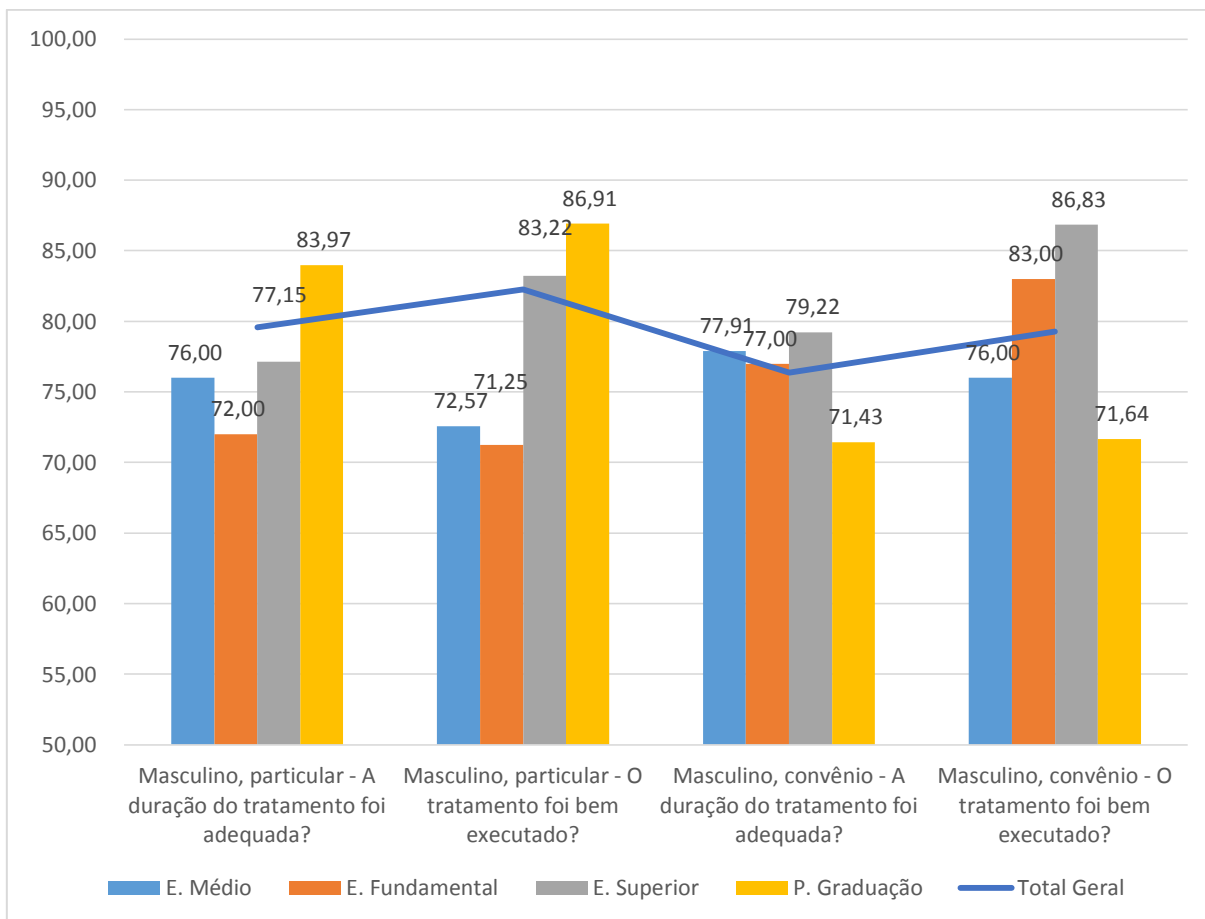


Gráfico 15 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos tempo e execução do tratamento

Fonte: Dados de pesquisa

Na pesquisa realizada por Chang e Chang (2013), com base no SERVQUAL, foi investigado a qualidade da equipe de apoio. Este estudo, concentrou-se nas recepcionistas, pois estas são as pessoas que mais interagem com o paciente. Outra prática das clínicas odontológicas é o envio de mensagens de lembrete de consultas e/ou acompanhamento do pós-atendimento. Assim, para as mulheres entrevistadas, observou-se em relação à pergunta: “A recepcionista foi atenciosa?” o resultado obtido alcançou 73 pontos. Para as usuárias do convênio odontológico obteve-se 75 pontos. Quando questionadas sobre o envio de mensagens e lembretes, a média apresentou 75 pontos, em uma escala de 0 a 100 pontos. Destaca-se o grupo feminino, com ensino superior, que atribuiu 68 pontos, indicando uma tendência aversão ao envio de tais mensagens (Gráfico 16).

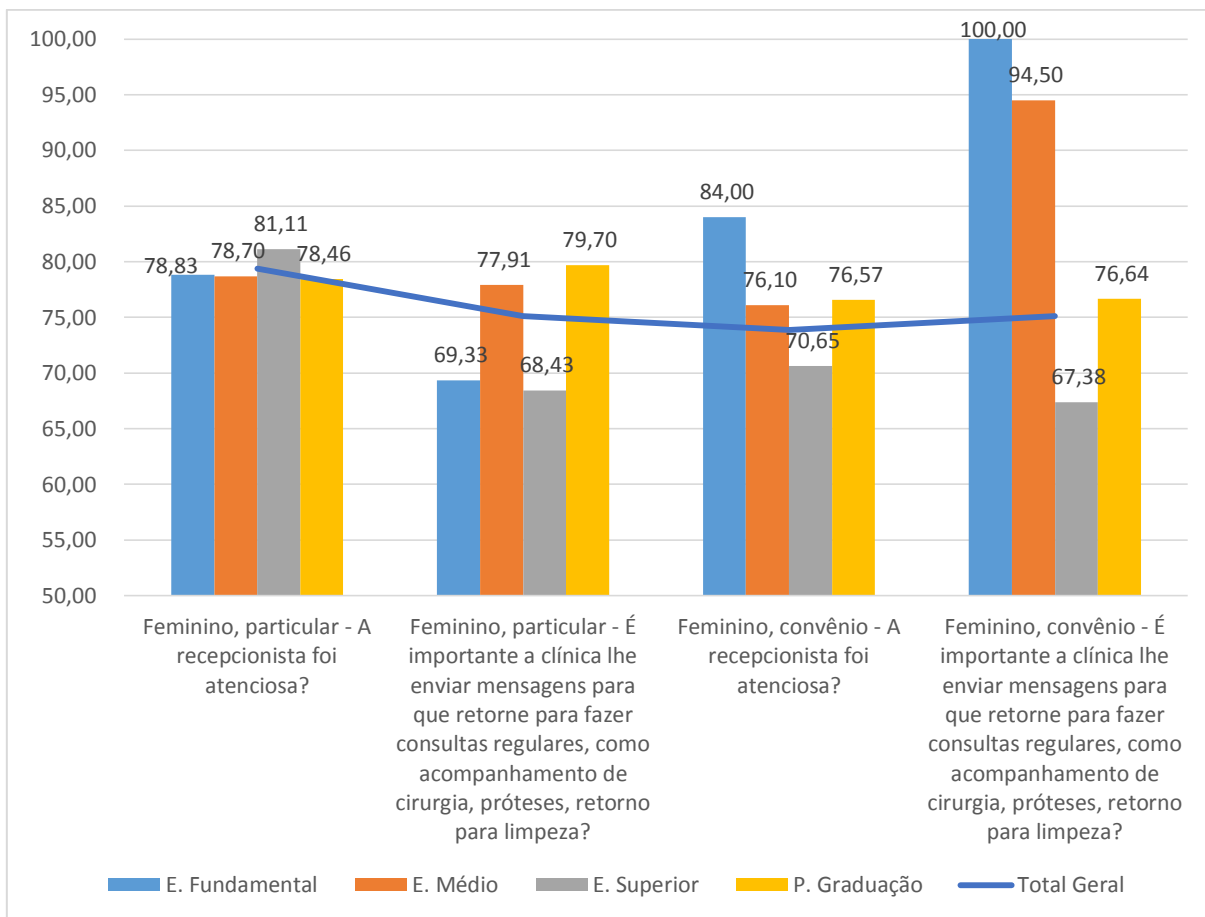


Gráfico 16 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de atenção da recepcionista e acompanhamento posterior  
 Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 17 demonstra as médias obtidas dos respondentes do sexo masculino para as perguntas sobre a recepcionista e o envio de mensagens e lembrete. Observou-se que os pacientes que utilizaram o atendimento particular perceberam um atendimento melhor da recepcionista em relação aos usuários de convênio odontológico, média de 72 e 76 pontos, respectivamente. Sobre o envio de mensagens, os homens que utilizaram o convênio odontológico valorizaram mais esse serviço, em média 6 pontos acima quando comparados com os pacientes particulares.

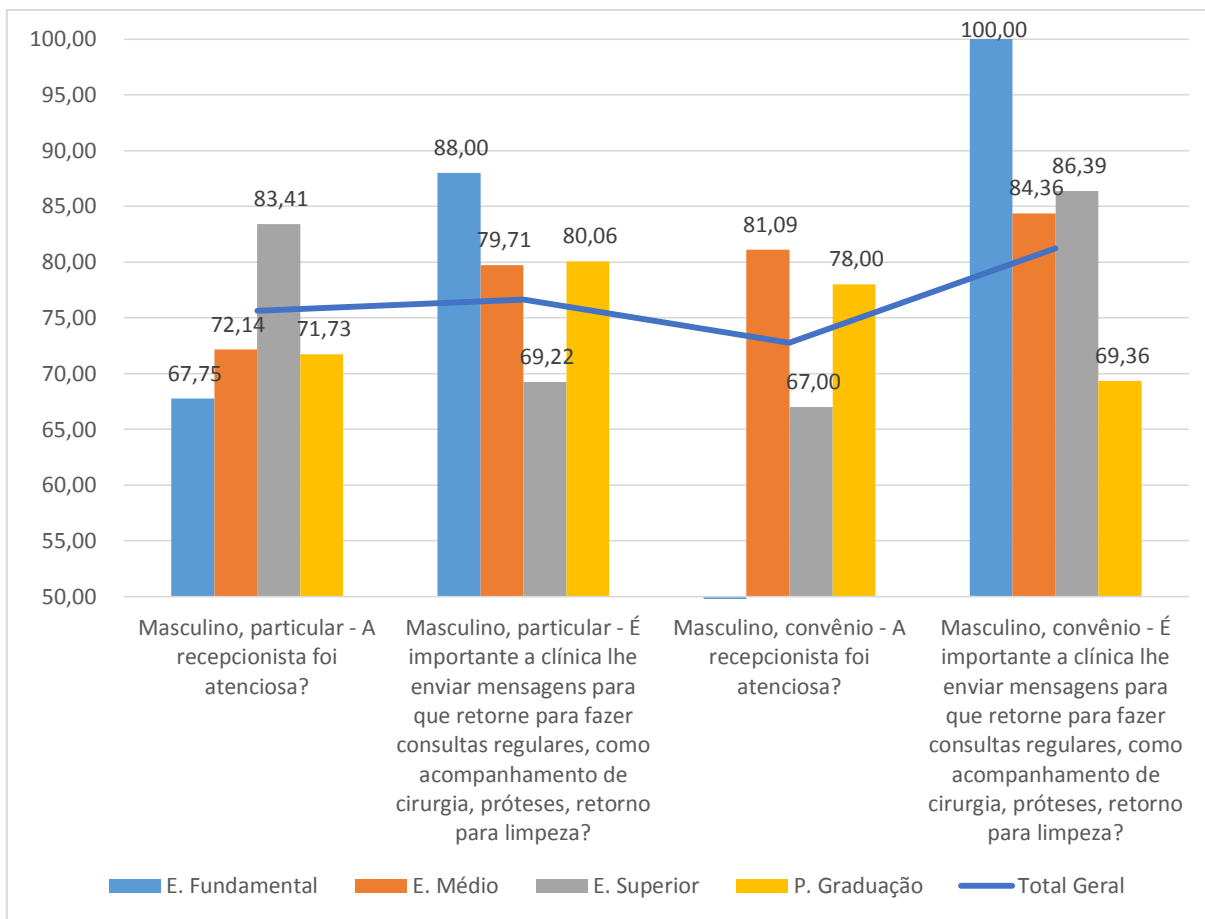


Gráfico 17 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de atenção da recepcionista e acompanhamento posterior  
Fonte: Dados de pesquisa

Ainda com base no modelo de Chang e Chang (2013) formulou-se duas perguntas sobre a aparência de higiene e limpeza da sala de atendimento e se a sala de espera era agradável. De acordo com o demonstrado pelo gráfico 18, elaborado com os dados obtidos nas respostas de mulheres que utilizaram o atendimento particular, no quesito higiene e limpeza, a média foi de 84 pontos. Porém, os dados das repostas das respondentes com pós-graduação alcançaram a média de 93 pontos. Quando comparadas com as respondentes atendidas por dentistas via convênio odontológico, a média atribuída foi de 81 pontos e o grupo com pós-graduação atribuiu a média de 80 pontos. A pergunta sobre a sala de espera é agradável obteve média de 76 pontos junto as usuárias do atendimento particular e de 72 pontos para as pacientes que possuíam o convênio odontológico.

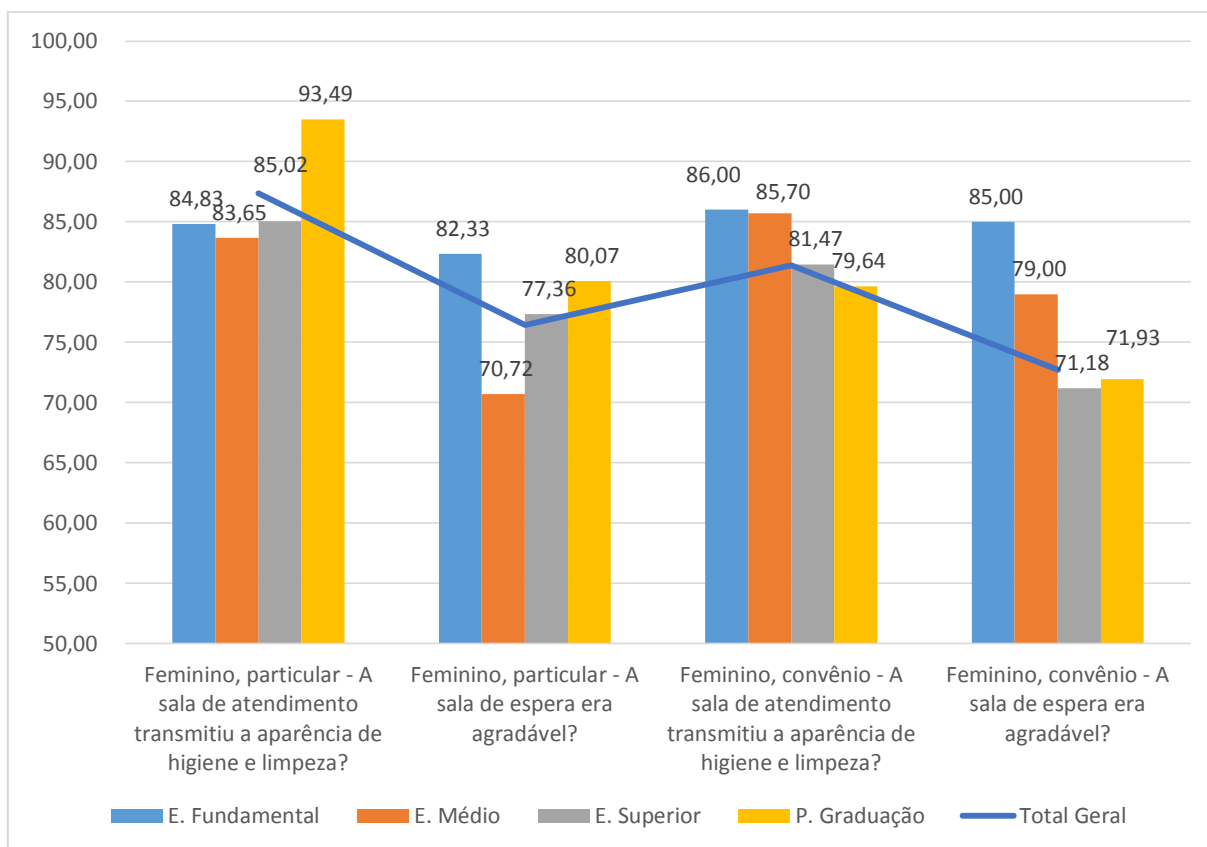


Gráfico 18 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos higiene, limpeza e agradabilidade das salas

Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 19 apresenta os resultados obtidos com os dados coletados nas respostas dos homens sobre as mesmas perguntas do gráfico 18. Assim, observou-se que, no atendimento particular, a tendência crescente na pontuação: 78 pontos para o paciente que possuía o ensino fundamental; e 91 pontos, em média, para o paciente com pós-graduação, ressaltando que não foi possível responder com os dados levantados o motivo desse fenômeno. Quando perguntados sobre a sala de espera ser agradável, a média obtida foi de 77 pontos para os pacientes de atendimento particular. Os usuários que utilizaram convênio odontológico apontaram média de 82 pontos para o quesito higiene e limpeza da sala de atendimento e de 75 pontos para a sala de espera ser agradável, semelhante ao valor dado pelos pacientes particulares.

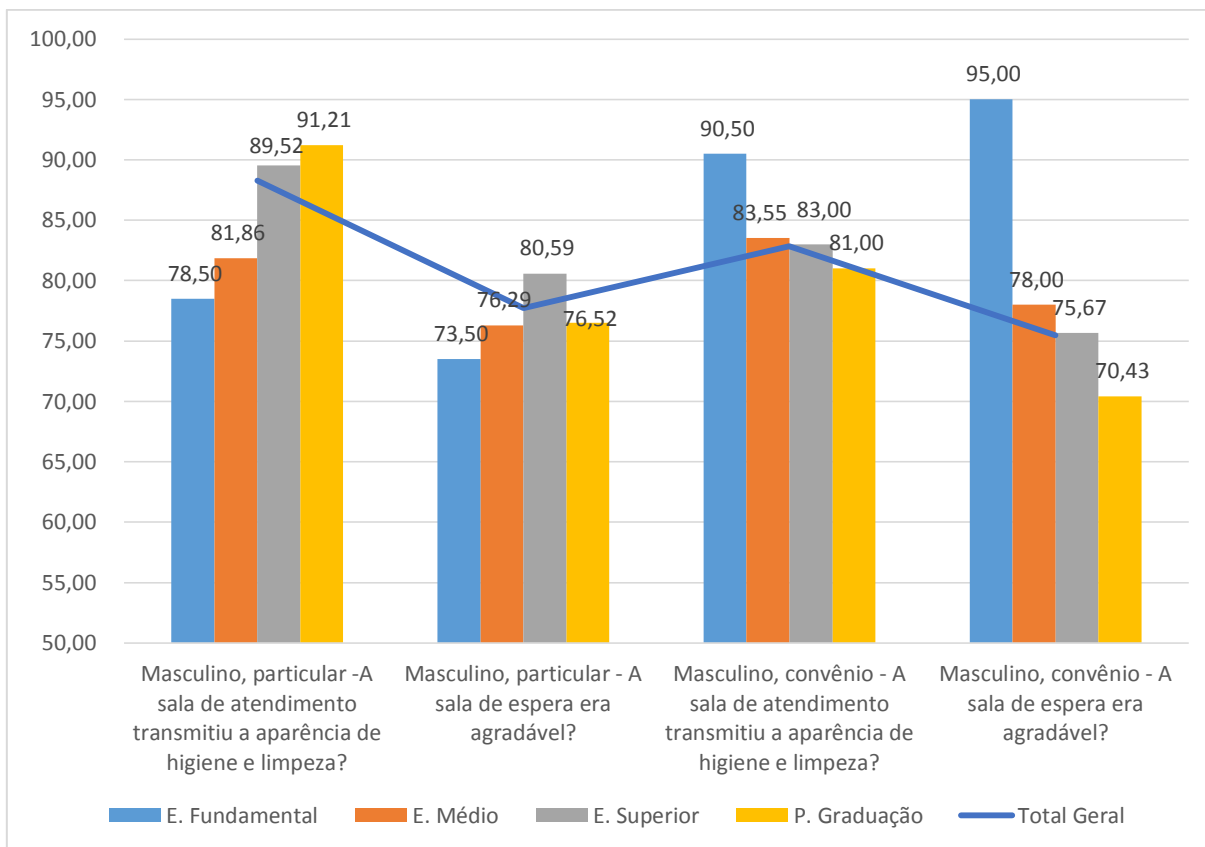


Gráfico 19 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos higiene, limpeza e agradabilidade das salas

Fonte: Dados de pesquisa

Dos fatores segurança e confiabilidade do SERVQUAL, também presentes na pesquisa de Chang e Chang (2013), foram elaboradas as perguntas presentes no gráfico 20 e no gráfico 21: “Os instrumentos foram esterilizados?”, e “Existe uma relação de confiança entre você e o seu dentista?”.

Observou-se pelo gráfico 19 que as mulheres ao responderem a questão, a média alcançou 91 pontos, pois perceberam que os instrumentos foram devidamente esterilizados quando o atendimento foi particular e, 85 pontos pelas usuárias do convênio odontológico.

Na pergunta sobre a confiança entre a paciente e o dentista, quando atendida de forma particular, a pontuação média foi de 83 pontos em relação aos 71 pontos quando atendida via convênio odontológico. Destacaram-se as respondentes com ensino superior e pós-graduação, que atribuíram pontuação de confiança entre 67 e 69 pontos.

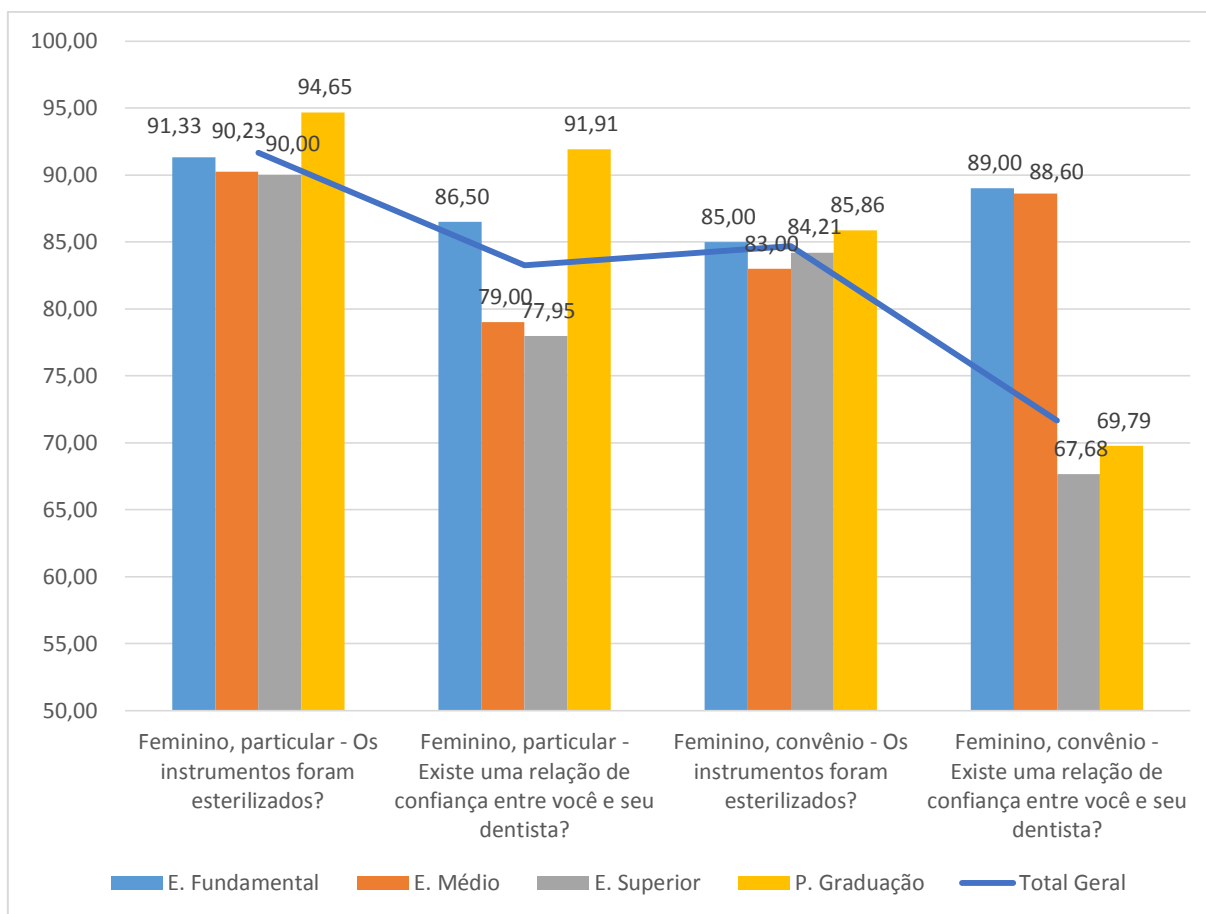


Gráfico 20 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de confiança e biossegurança

Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 21 ilustra o resultado obtido com os respondentes do sexo masculino. Observou-se que eles perceberam que a esterilização dos materiais ocorre de forma correta no atendimento particular, atribuindo 91 pontos em média e, 90 pontos, quando o atendimento foi via convênio de saúde. Sobre a pergunta confiança, os homens que possuíam ensino fundamental demonstraram confiar menos em seu dentista (70 e 71 pontos) em relação aos pacientes com ensino superior e pós-graduação (84 e 87 pontos). Nos casos de atendimento particular e de usuários de convênio odontológico a média geral foi de 80 pontos.

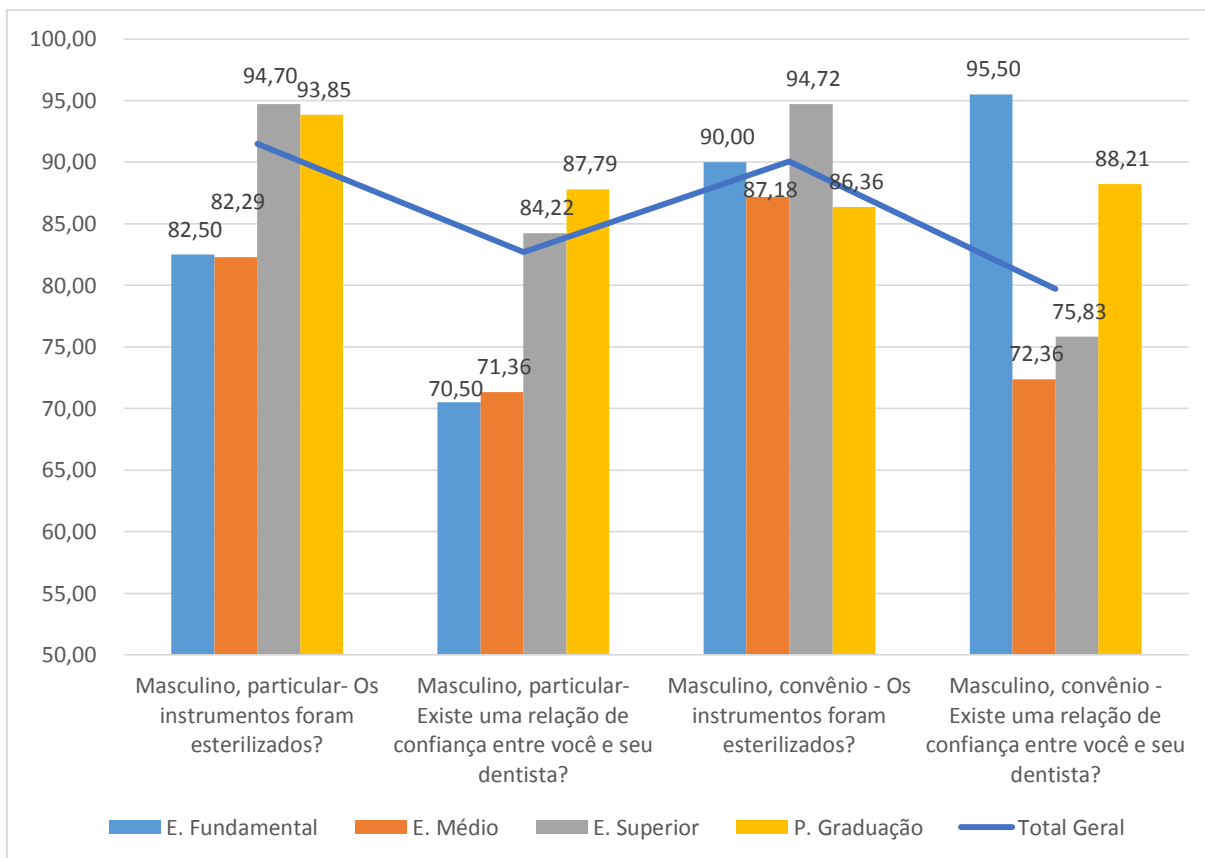


Gráfico 21 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de confiança e biossegurança  
Fonte: Dados de pesquisa

A recomendação é um forte indicador de qualidade da prestação de serviço. Neste sentido, a pergunta: “Você recomendaria o dentista para um amigo?”, as mulheres atribuíram 86 pontos, em média, quando o atendimento foi particular e, 78 pontos, quando foram atendidas por dentistas conveniados

Também foram indagadas sobre se a forma de pagamento atendia suas necessidades. No caso das respondentes que utilizaram o serviço particular, a média das respostas foi 82 pontos, indicando satisfação. As respostas das usuárias de convênio indicaram 71 pontos, por não terem conhecimento dos valores praticados nos procedimentos pagos pelos convênios odontológicos (Gráfico 22).

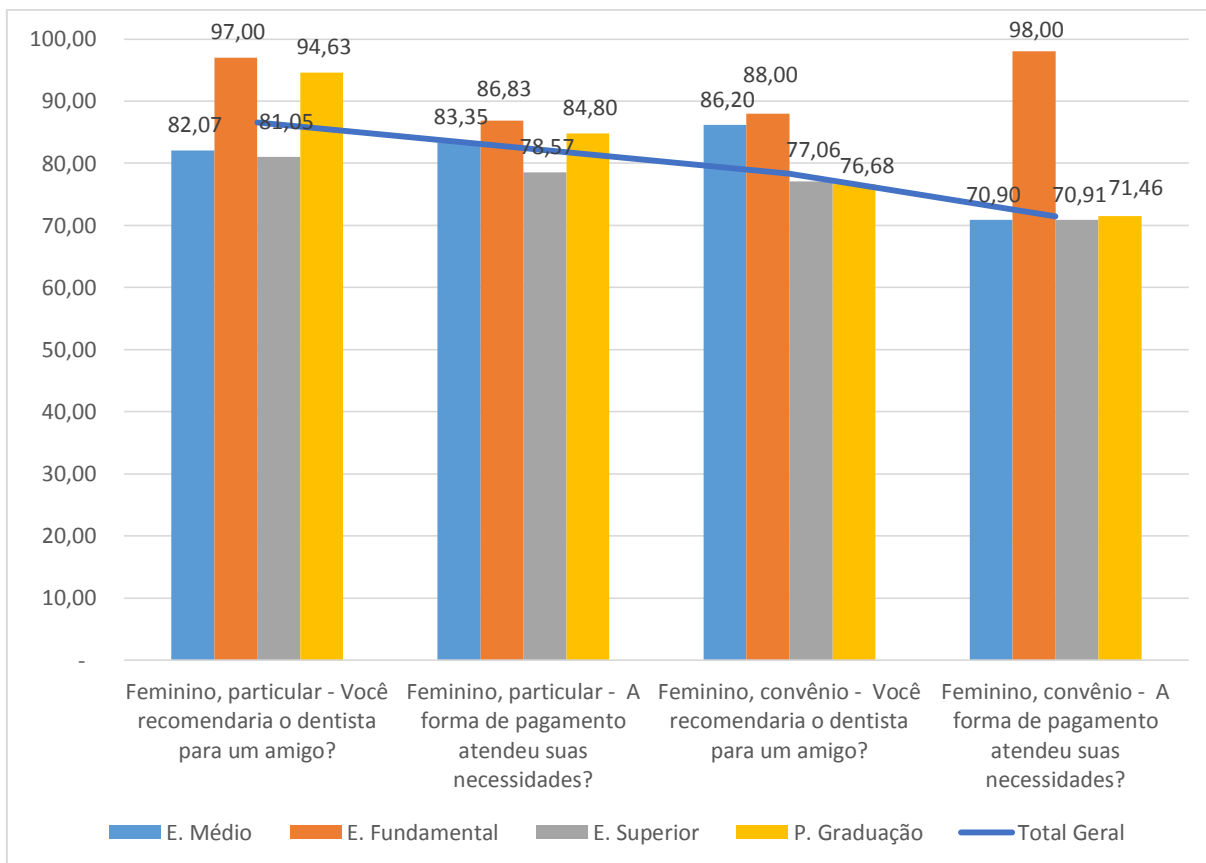


Gráfico 22 - Distribuição dos pacientes femininos particulares e de convênios, segundo os aspectos de recomendação e pagamento

Fonte: Dados de pesquisa

O gráfico 23 demonstra que as respostas sobre recomendação e forma de pagamento são semelhantes. A média geral foi de 85 pontos para todas as perguntas, inclusive, para pacientes particulares e conveniados.



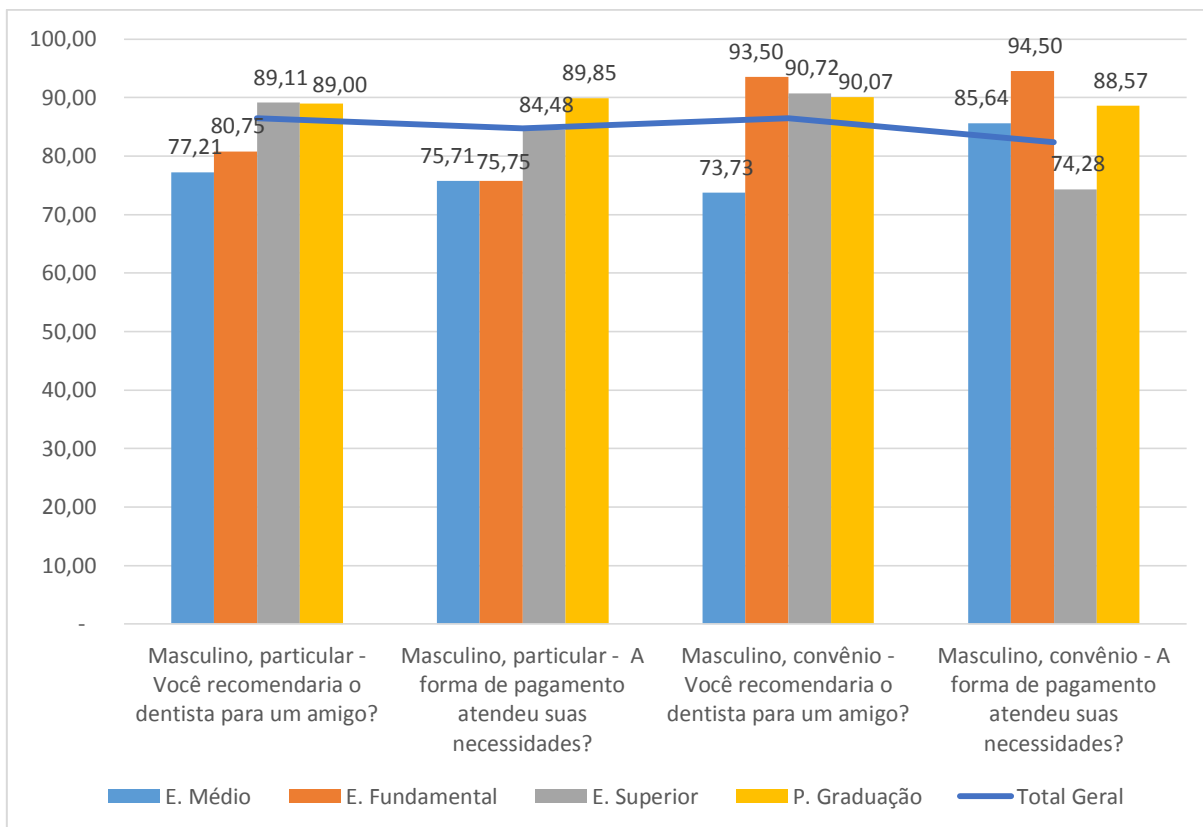


Gráfico 23 - Distribuição dos pacientes masculinos particulares e de convênios, segundo os aspectos de recomendação e pagamento

Fonte: Dados de pesquisa

Foi possível observar na tabela 8 que as perguntas possuem correlações entre si:

- . para a pergunta "tempo", a maior correlação ocorreu com a pergunta sobre a execução (0,768);
- . a pergunta sobre a recepcionista demonstrou maior correlação com a sala de espera agradável (0,514);
- . a sala de espera apresentou maior correlação com a sala de atendimento acolhedora (0,766);
- . a pergunta sobre higiene e limpeza obteve maior correlação com a pergunta sobre a esterilização dos materiais (0,682);
- . a pergunta sobre simpatia apontou maior correlação com a pergunta "o dentista entende os motivos que levaram você ao consultório?" (0,681);
- . a pergunta sobre o entendimento do dentista sobre os motivos, indicaram correlação com a pergunta sobre explicação detalhada sobre o tratamento (0,801), que também possui correlação com a pergunta "o dentista procurou entender suas dúvidas e anseios?" (0,752);

- . a pergunta sobre a tomada de decisão em conjunto mostrou maior correlação com a pergunta sobre a explicação detalhada (0,688);
- . a pergunta “o dentista respeitou o seu “ritmo”, medos e expectativas durante o procedimento?” demonstrou maior correlação com a pergunta sobre o entendimento do dentista sobre a importância da saúde bucal do paciente para sua vida afetiva e pessoal (0,653);
- . a pergunta sobre a importância da saúde bucal teve maior correlação com a pergunta sobre o entendimento sobre as dúvidas e anseios do paciente em relação ao tratamento (0,692);
- . a pergunta “o dentista perguntou sobre o seu estado de saúde em geral e seu modo de vida?” demonstrou maior correlação com a pergunta sobre confiança no dentista (0,537);
- . a pergunta sobre o envio de mensagens obteve baixa correlação com as outras perguntas (0,282);
- . a pergunta sobre a relação de confiança em paciente e dentista apresentou maior correlação com a pergunta sobre a recomendação para um amigo (0,777); e
- . a pergunta sobre a forma de pagamento ser adequada mostrou maior correlação com a pergunta sobre a tomada de decisão em conjunto (0,546).

Tabela 8 - Correlações entre variáveis

	Duração	Execução	Recepcionista	Sala_espera	Sala_atendimento	Hig_limpeza	Esterelização	Simpatia	Dentista__motivos	Duvidas_anseios	Explicação	Decisão	Ritmo	Afetiva__pessoal	Saúde geral	Mensagens	Confiança	Recomendação	Pagamento
Duração		0,768	0,371	0,448	0,476	0,463	0,4	0,528	0,596	0,554	0,586	0,519	0,498	0,471	0,436	0,235	0,53	0,581	0,479
Execução	0,768		0,348	0,418	0,46	0,505	0,492	0,506	0,586	0,558	0,587	0,556	0,489	0,466	0,45	0,156	0,542	0,605	0,489
Recepcionista	0,371	0,348		0,514	0,436	0,444	0,376	0,376	0,347	0,35	0,31	0,345	0,338	0,362	0,213	0,184	0,322	0,355	0,34
Sala_espera	0,448	0,418	0,514		0,766	0,61	0,437	0,456	0,455	0,46	0,47	0,347	0,455	0,372	0,28	0,235	0,413	0,399	0,389
Sala_atendimento	0,476	0,46	0,436	0,766		0,617	0,42	0,449	0,469	0,479	0,533	0,379	0,492	0,42	0,347	0,282	0,466	0,462	0,448
Hig_limpeza	0,463	0,505	0,444	0,61	0,617		0,682	0,595	0,565	0,564	0,598	0,475	0,571	0,529	0,315	0,206	0,481	0,53	0,445
Esterelização	0,4	0,492	0,376	0,437	0,42	0,682		0,599	0,507	0,47	0,531	0,427	0,48	0,482	0,307	0,242	0,405	0,452	0,445
Simpatia	0,528	0,506	0,376	0,456	0,449	0,595	0,599		0,681	0,658	0,678	0,53	0,567	0,58	0,339	0,175	0,523	0,605	0,48
Dentista_Motivos	0,596	0,586	0,347	0,455	0,469	0,565	0,507	0,681		0,731	0,801	0,615	0,644	0,64	0,352	0,132	0,58	0,623	0,466
Dúvidas_anseios	0,554	0,558	0,35	0,46	0,479	0,564	0,47	0,658	0,731		0,752	0,639	0,643	0,692	0,466	0,235	0,706	0,684	0,459
Explicação	0,586	0,587	0,31	0,47	0,533	0,598	0,531	0,678	0,801	0,752		0,688	0,652	0,63	0,433	0,179	0,577	0,661	0,491
Decisão	0,519	0,556	0,345	0,347	0,379	0,475	0,427	0,53	0,615	0,639	0,688		0,612	0,557	0,494	0,118	0,608	0,596	0,546
Ritmo	0,498	0,489	0,338	0,455	0,492	0,571	0,48	0,567	0,644	0,643	0,652	0,612		0,653	0,361	0,244	0,546	0,595	0,496
Afetiva_pessoal	0,471	0,466	0,362	0,372	0,42	0,529	0,482	0,58	0,64	0,692	0,63	0,557	0,653		0,431	0,253	0,568	0,552	0,413
Saúde geral	0,436	0,45	0,213	0,28	0,347	0,315	0,307	0,339	0,352	0,466	0,433	0,494	0,361	0,431		0,209	0,537	0,51	0,386
Mensagens	0,235	0,156	0,184	0,235	0,282	0,206	0,242	0,175	0,132	0,235	0,179	0,118	0,244	0,253	0,209		0,203	0,203	0,142
Confiança	0,53	0,542	0,322	0,413	0,466	0,481	0,405	0,523	0,58	0,706	0,577	0,608	0,546	0,568	0,537	0,203		0,777	0,511
Recomendação	0,581	0,605	0,355	0,399	0,462	0,53	0,452	0,605	0,623	0,684	0,661	0,596	0,595	0,552	0,51	0,203	0,777		0,484
Pagamento	0,479	0,489	0,34	0,389	0,448	0,445	0,445	0,48	0,466	0,459	0,491	0,546	0,496	0,413	0,386	0,142	0,511	0,484	

Fonte: Dados de pesquisa

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou analisar o relacionamento paciente e dentista nos aspectos de hospitalidade e humanização. Observou-se o esforço dos profissionais de saúde em promover a humanização, o acolhimento, o vínculo e, porque não dizer, a hospitalidade, que envolve as características do bom anfitrião, descritas por Telfer (2004).

As características de hospitalidade utilizadas neste trabalho foram descritas por pesquisadores da área de odontologia que demonstraram preocupação em aspectos que vão além do atendimento técnico, da eficácia e da qualidade. Observou-se também que o paciente percebe e valoriza a inclinação para uma proposta de humanização, que envolva a alteridade, o respeito ao indivíduo, a valorização do seus sentimentos, as angústias, os medos e outras aflições que possam influir positivamente ou negativamente no seu tratamento.

O problema de pesquisa “Como o paciente particular e de convênio percebem os aspectos de hospitalidade e humanização no relacionamento com o dentista?” possibilitou a análise da percepção dos pacientes na relação com o dentista no atendimento em clínicas particulares e, como recorte, privilegiou-se as cidades de São Paulo e Guarulhos, no estado de São Paulo.

Para a coleta de dados, primeiramente, realizou-se um pré-teste com 18 perguntas elaboradas para os constructos Hospitalidade, Humanização, Qualidade e Encontro de Serviços. O pré-teste apresentou o índice de confiabilidade interna acima de 0,70, demonstrando segurança na qualidade das respostas. Para o questionário de pesquisa oficial elaborou-se 25 perguntas: seis perguntas qualificadoras e 19 perguntas relacionadas com as variáveis de pesquisa.

Por intermédio das perguntas qualificadoras observou-se a frequência de visitas ao dentista - separadas por sexo -, se os pacientes eram usuários de convênios odontológicos ou pacientes particulares. Considerou-se que, tanto os homens quanto as mulheres, usuários de convênio odontológico visitaram o dentista com a mesma incidência - zero a cinco vezes nos últimos 3 anos. Em seguida, por seis a 10 vezes, no mesmo período, destacando que as respostas revelaram menor constância em visitas mais frequentes ao consultório.

Para os pacientes particulares, considerou-se maior frequência nos pacientes que responderam de zero a cinco vezes nos últimos 3 anos. Em seguida, de seis a 10 vezes. Destacou-se uma situação especial para os pacientes que frequentam mensalmente o consultório do dentista - mais de 26 vezes em 3 anos -, provavelmente pacientes em tratamento ortodôntico.

A amostra desta pesquisa observou maior participação de pessoas graduadas e pós-graduadas e do sexo feminino. E, ainda, baixa participação de respondentes com a instrução de ensino fundamental, representando apenas 2,38% do total. Os pacientes mais frequentes foram as mulheres e possuíam ensino superior.

Também foi possível observar dados interessantes sobre a motivação da ida ao dentista - separadas por grau de instrução e por sexo. No aspecto escolaridade, as mulheres que possuíam ensino médio apresentaram como motivo principal a prevenção. Para os homens, revelou-se a estética. Para os respondentes que possuíam o ensino superior e pós-graduação, em ambos os sexos, a motivação principal foi a prevenção. Como segundo motivo, as mulheres indicaram o fator dor e os homens, a estética.

De acordo com os resultados do estudo, o motivo dor não aparece mais como o principal motivo em nenhum dos grupos pesquisados, corroborando com a ideia da evolução da odontologia no Brasil e das políticas públicas de saúde: mais preventiva, menos invasiva e mais eficaz.

Na classificação por idade, o número maior de respondentes foi entre 18 a 33 anos, representando 55% do total. Os jovens indicaram a prevenção como o principal motivo para a visita ao dentista.

Em relação às hipóteses que nortearam a pesquisa:

. H1 - O paciente não percebe no dentista o interesse em sua saúde como um todo, preocupando-se somente com a saúde bucal.

Considerou-se que esta hipótese foi parcialmente confirmada, pois na pergunta "O dentista perguntou sobre a sua saúde em geral e seu modo de vida", a média das respostas foi de 69%, sendo a pontuação mais baixa de todas as variáveis. Porém, na pergunta "O dentista entende que a saúde bucal é importante para sua vida afetiva e pessoal?", média obtida nas resposta foi de 85%.

. H2 - O paciente de convênio percebe um tratamento diferenciado em relação ao paciente particular.

Considerou-se que esta hipótese foi confirmada. O resultado dos dados coletados para a pergunta “O dentista foi simpático?” evidenciou que o paciente do convênio pontuou, em média, 5% menor que o paciente particular. Para a pergunta “O dentista procurou entender os motivos que levaram você ao consultório?” relacionada diretamente aos aspectos de hospitalidade, as respostas dos usuários do convênio apresentaram, em média, 7% menor quando comparadas com os pacientes particulares.

. H3 - A dinâmica do atendimento dado ao paciente do convênio dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança entre este e o dentista.

Esta hipótese também foi considerada confirmada tendo como base as respostas coletadas. Para a pergunta “Existe uma relação de confiança entre você e seu dentista?” os pacientes particulares indicaram média de 83% e, os pacientes usuários de convênio odontológico, apontaram média de 74% em confiança em seus dentistas.

Outro aspecto que possibilitou a confirmação da hipótese foi a pergunta “A decisão do tratamento foi tomada em conjunto por você e o dentista?”. A média das respostas dos pacientes particulares foi de 83%, enquanto a dos pacientes usuários de convênios, média de 75%. Esta pergunta foi avaliada como muito importante no modelo de odontologia centrado na pessoa de Apelian, Vergnes e Bedos (2014).

Garbin et al. (2013) indicaram um descontentamento dos dentistas pelo valor pago pelos procedimentos por parte das empresas que administram os convênios odontológicos. Assim, questionou-se sobre a percepção dos pacientes que utilizaram o convênio sobre a diferença no atendimento devido a necessidade de compensar a baixa remuneração em relação à quantidade maior de atendimentos. Esta pergunta envolvia o tempo reduzido no atendimento que implicava na relação de hospitalidade e humanização e no estabelecimento de vínculo necessário para a manutenção da compra continuada, presente no conceito de encontro de serviços.

Quando perguntado para as mulheres, as respondentes com maior grau de instrução atribuíram notas para o dentista e seu atendimento nos aspectos de humanização quando utilizaram o convênio. Observou-se que os resultados obtidos variaram entre 12% e 17% para menos em relação ao atendimento particular. Para as respondentes que possuíam o ensino fundamental e o ensino médio a variação foi menor, em torno de 1% a 2%. Outro dado revelado foi que a paciente particular apontou uma nota maior para a pergunta “O dentista procurou entender os motivos

que levaram você ao consultório?”. O resultado obtido foi consideravelmente menor em relação à paciente conveniada.

As mesmas perguntas foram feitas para os homens. Para eles, os resultados obtidos foram diferentes em relação às mulheres: a variação ficou entre 4% e 8% inferior a diferença percebida pelas mulheres. Não apresentou diferença significativa quando comparando as duas perguntas sobre simpatia e se o dentista procurou o motivo da consulta.

As perguntas seguintes, com base no modelo de odontologia centrada na pessoa (APLEIAN; VERGOS; BEDOS, 2014), o poder equilibrado que coloca o paciente em posição de igualdade na decisão do tratamento, em que ele se torna ativo durante o procedimento e o dentista o trata com alteridade, se colocando no lugar do paciente, o reconhecendo com ser humano.

Outro pilar do modelo de odontologia centrado da pessoa é a tomada de decisão, presente na pergunta “O dentista explicou detalhadamente o tratamento proposto?”, em ambos os casos a pontuação atribuída pelos pacientes que utilizaram o atendimento pelo convênio odontológico foi inferior nos respondentes com ensino superior e pós-graduação. Entre 7 a 11 pontos, para a pergunta “o dentista explicou detalhadamente o tratamento proposto” e, 6 a 20 pontos, para a pergunta “O dentista procurou entender suas dúvidas e anseios?”

Ainda com base no modelo de Aplein, Vergos e Bedos (2014) elaborou-se as perguntas: “A decisão do tratamento foi tomada em conjunto por você e o dentista?”, presente no pilar Poder Equilibrado, encontro entre o paciente e o dentista, em que possuem igual poder de decisão. No pilar intervenção teve-se a pergunta “O dentista respeitou o seu “ritmo”, medos e expectativas durante o procedimento?” como demonstração da preocupação com o ser humano que está sendo atendido. Neste aspecto foi possível observar, de forma clara, a diferença de pontuação que as mulheres atribuíram para o atendimento ofertado para pacientes de convênio odontológico para a pergunta sobre a tomada de decisão. Diferença também percebida pelas mulheres quando perguntadas sobre o respeito ao “ritmo”, medos e expectativas, 6 a 10 pontos para menos em relação às respondentes que utilizaram o atendimento particular.

Para o grupo masculino a pergunta sobre a tomada de decisão apresentou pontuação maior para o grupo com ensino superior e pós-graduação e menor para aqueles com ensino fundamental e ensino médio, 15% em média. Nos grupos de

usuários com ensino médio e ensino superior as médias foram inferiores para os usuários de atendimento particular em relação aos usuários de convênios odontológicos. Observou-se uma inversão de situação quando comparados com os pacientes com ensino fundamental e pós-graduação. Na pergunta sobre o respeito dos medos, expectativas e sentimentos, houve pontuação menor atribuída pelos pacientes que utilizaram o convênio odontológico, porém, a diferença atribuída foi menor em relação ao grupo feminino no mesmo quesito. A pesquisa não conseguiu demonstrar o que causou esta diferença de pontuação atribuída para perguntas iguais entre homens e mulheres.

As perguntas sobre a postura do dentista diante de um ser humano que necessita de atendimento odontológico - o que vai muito além da capacidade técnica do profissional. As questões consideraram que o paciente possui hábitos de vida que podem influenciar em sua doença ou que sua condição atual pode dificultar suas habilidades de relacionamento com outras pessoas. São perguntas de investigação sobre a vida do paciente, que dão pistas sobre seu comportamento cotidiano. A primeira pergunta “O dentista entende é importante para a sua vida afetiva e pessoal?”, quando realizada para as mulheres, a média ficou entre 87 a 92 pontos, na escala de até 100 pontos, quando as respondentes utilizaram o atendimento particular. Na pergunta “O dentista perguntou sobre a sua saúde em geral e o seu modo de vida?”, a pontuação reduziu para a média de 67 pontos, também na escala de 0 a 100. Quando as mesmas perguntas foram realizadas para usuárias de convênio odontológico, as médias apresentadas foram consideravelmente menores. Destacou-se a pontuação muito baixa dada para o grupo de perguntas sobre a hospitalidade e a humanização, 55,82 pontos em média, para a pergunta sobre a saúde em geral e modo de vida. Responderam 28 mulheres que possuíam pós-graduação.

A pergunta sobre a saúde e modo de vida do homem, apresentou média 8 pontos superior quando comparada com as mulheres. A média geral para a mesma pergunta, mas com os homens que utilizaram o convênio odontológico também foi superior em relação à pergunta sobre a saúde e o modo de vida, evidenciando uma possível melhora na coleta de informações sobre o estado de saúde do paciente e, não somente, as queixas que o levaram ao consultório.

A percepção dos usuários de atendimento particular e usuários de convênios odontológicos, quando perguntados sobre a duração do tratamento, as mulheres



indicaram pontuação superior para os dentistas que atendem pelo convênio. Uma possível causa é a necessidade de atender uma quantidade maior de pacientes, pois a remuneração por procedimento é baixa quando comparada com o valor cobrado de uma paciente particular (Garbin et al., 2013).

Quando perguntadas sobre a qualidade do serviço, as mulheres indicaram pontuação semelhante para o atendimento particular e para o atendimento via convênio.

As mesmas perguntas sobre a qualidade do tratamento e da sua duração foram feitas para o grupo masculino e para os pacientes particulares que possuíam o ensino fundamental e o ensino médio e os resultados obtidos demonstraram pontuação média é de 72 pontos. Para os respondentes com ensino superior e pós-graduação a pontuação subiu entre 77 e 86 pontos em média. No grupo masculino, de usuários de convênio odontológico, não apontou diferenças semelhantes para as mesmas perguntas: média geral de 76 pontos para a duração do tratamento como sendo adequada e 79 pontos para a qualidade da execução do serviço.

Na pesquisa elaborada por Chang e Chang (2013) baseada no SERVQUAL, foi investigado a qualidade da equipe de apoio. Nesta pesquisa o principal foco foi na recepcionista, a primeira pessoa e a que mais interage com o paciente. Investigou também uma prática atual das clínicas odontológicas: o envio de mensagens de lembrete de consultas e/ou acompanhamento do pós-atendimento. Para as mulheres entrevistadas, a pontuação atribuída para a pergunta “A recepcionista foi atenciosa?”, apurou-se 73 pontos para as usuárias do convênio odontológico. Quando a pergunta referiu-se ao envio de mensagens lembretes, as médias gerais de pontuação ficaram em torno de 75 pontos, na escala de 0 a 100 pontos. Destacou-se o grupo feminino, com ensino superior, que apurou média de 68 pontos, indicando, possivelmente, uma aversão ao envio de tais mensagens.

As médias obtidas pelos respondentes do sexo masculino para as perguntas sobre a recepcionista e o envio de mensagens lembretes, evidenciaram que os pacientes que utilizaram o atendimento particular perceberam melhor atendimento da recepcionista em relação aos usuários de convênio odontológico, 72 e 76 pontos em média. Sobre o envio de mensagens, os homens que utilizaram o convênio odontológico atribuíram maior valor, em média 6 pontos acima quando comparados com pacientes particulares.

Outras duas perguntas presentes baseadas no modelo de Chang e Chang (2013) foram sobre a aparência, higiene e limpeza da sala de atendimento e a agradabilidade da sala de espera. Considerou-se que as respostas das mulheres que utilizaram o atendimento particular, no quesito higiene e limpeza, a pontuação média foi de 84 pontos, porém as respondentes que possuíam pós-graduação, pontuaram em 93 pontos em média. Quando comparadas com as respondentes atendidas por dentistas via convênio odontológico, a média atribuída foi de 81 pontos e o grupo que possuía pós-graduação atribuiu 80 pontos na média. Para a pergunta sobre a sala de espera ser agradável, apurou-se média de 76 pontos para as usuárias do atendimento particular e, 72 pontos, para as pacientes que possuíam convênio odontológico.

A análise das respostas obtidas dos homens sobre as mesmas perguntas revelou que, no atendimento particular, houve uma tendência crescente na pontuação, de 78 pontos para o paciente que possuía o ensino fundamental até 91 pontos em média para o paciente que possuía pós-graduação. Destaca-se que não foi possível responder com os dados obtidos pela pesquisa o motivo deste fenômeno. Quando perguntados sobre a sala de espera ser agradável, a média obtida foi de 77 pontos para os pacientes de atendimento particular. Os usuários que utilizaram o convênio odontológico revelaram média de 82 pontos para o quesito higiene e limpeza da sala de atendimento e, de 75 pontos, para a sala de espera ser agradável, semelhante ao valor obtido pelos pacientes particulares.

A recomendação é um forte indicador de qualidade da prestação de serviço. Neste sentido, a pergunta “Você recomendaria o dentista para um amigo?”, obteve-se com as mulheres 86 pontos em média, quando o atendimento foi particular e, 78 pontos, quando foram atendidas por dentistas conveniados. Também foram indagadas sobre se a forma de pagamento atendia suas necessidades. Com as respondentes que utilizaram o serviço particular, a média obtida com as respostas foi de 82 pontos, indicando estavam satisfeitas. Com as respostas das usuárias do convênio obteve-se 71 pontos, provavelmente, por não saberem o real valor dos procedimentos pagos pelos convênios odontológicos.

Os objetivos de analisar os aspectos de hospitalidade e humanização do atendimento odontológico foram considerados alcançados satisfatoriamente, visto que, por intermédio do levantamento bibliográfico sobre hospitalidade e humanização em clínicas odontológicas em várias partes do mundo e a metodologia

utilizada possibilitaram responder o problema deste estudo. Para os objetivos específicos, ao serem alcançados por meio da metodologia de pesquisa adotada, considerou-se que existem diferenças significativas na percepção dos pacientes atendidos via convênio e de forma particular.

Como contribuições, o estudo apresenta um instrumento pesquisa testado e validado e que pode ser aplicado a partir da visão do dentista, ampliando os estudos e, conseqüentemente, buscando a melhoria no atendimento odontológico.

As limitações da pesquisa ocorreram, principalmente, pela dificuldade de contratar profissionais para a aplicação dos questionários. Porém o método de pesquisa utilizado mostrou-se consistente e adequado para futuros estudos. O uso da base *on-line* facilitou significativamente a apuração e o tratamento de dados, aliados a interface com o *software* estatístico IBM SPSS 20, permitindo rapidez na análise da consistência dos dados e exclusão dos dois casos que apresentaram inconsistências, estes representaram apenas 0,5% da amostra.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Dados gerais do setor**. 2016. Disponível em: <<http://ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 18 out. 2016.

ANS. **Dados integrados da qualidade setorial**. 2015. Disponível em: <<http://ans.gov.br/espaco-da-qualidade/dados-integrados-da-qualidade-setorial>>. Acesso em: 17 jun. 2015.

APELIAN, N.; VERGNES, J.; BEDOS, C. Humanizing clinical dentistry through a person-centred model. **The International Journal of Whole Person Care**, v. 1, n. 2, p. 30-50, 2014.

ARAÚJO, Y.; DIMENSTEIN, M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 219-227, 2006.

BAHADORI, M. et al. Factors affecting dental service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 28, p. 678-689, jul. 2015.

BALDWIN, A.; SOHAL, A. Service quality factors and outcomes in dental care. **Managing Service Quality**, v. 13, n. 3, p. 207-216, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, 2009

BENVENISTE, É. **O vocabulário das instituições indo-européias**. [S.l.]: UNICAMP, 1995.

BERNARDO, F. A ética da hospitalidade, segundo J. Derrida, ou o porvir do cosmopolitismo por vir a propósito das cidades-refúgio, re-inventar a cidadania (II). **Revista Filosófica de Coimbra**, v. 22, p. 421-446, 2002.

BITNER, M. Building service relationships: it's all about promises. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 23, p. 246-253, 1995. .

BITNER, M. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, v. 56, p. 57-72, abr. 1992.

BLAIN, M.; LASHLEY, C. Hospitableness: the new service metaphor? Developing an instrument for measuring. **Research in Hospitality Management**, p. 1-8, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Instituições de educação superior e cursos cadastrados**. 2015. Disponível em: < <http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 18 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: <>. Acesso em 22 jun. 2016

BROTHERTON, B; WOOD, R. Hospitalidade e administração da Hospitalidade. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado. Barueri: Manole, 2004.

CAMARGO, L. O. **Hospitalidade**. 2ed. São Paulo: Aleph, 2004.

CAMPOS, L. et al. Concepção de dentistas de Santa Catarina (Brasil) sobre o perfil do profissional ideal. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 14, n. 2, p. 20-24, 2012.

CARLSON, J. **A hora da verdade**. Rio de Janeiro: COP, 1990.

CHANG, W.; CHANG, Y. Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. **Journal of Dental Science**, v. 8, p. 239-247, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO – CRO SP.  
**Estatística do estado de São Paulo de profissionais por município e população**. Disponível em: <<http://www.crosp.org.br/intranet/estatisticas/estMunicipios.php>>. Acesso em: 11 jun 2016.

COSTA, G. et al. A integralidade, a partir do acolhimento, nas práticas de ensino clínico em uma faculdade de odontologia. **Arquivos em Odontologia**, v. 50, p. 63-70, 2014.

CROUTZE, R. A tale of two realities. **J Can Dent Assoc**, v. 6, p. 76, 2010.

DA HORA, H.; MONTEIRO, G.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

DAY, G. Managing market relationships. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, p. 24-30, 2000.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, p. 1743-1748, 1988.

EXAME. **Fundamentos da Odontoprev**. Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/mercados/cotacoes-bovespa/acoes/ODPV3/balanco>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. Porto Alegre: AMGH, 2014.

FUNKE, F.; REIPS, U. Why semantic differentials in web-based research should be made from visual analogue scales and not from 5-point scales. **Field Methods**, v. 24, n. 3, p. 310-327, 2012.

GARBIN, D. et al. Odontologia e saúde suplementar: marco regulatório, políticas de promoção da saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 441-52, 2013.

GARCIA, C. H. **Tabelas para classificação do coeficiente de variação**. Piracicaba: IPEF, 1989.

GORDON, I. **Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre**. São Paulo: Futura, 2000.

GOTMAN, A. O comercio da hospitalidade é possível? **Revista Hospitalidade**, v. 6, n. 2, p. 3-27, 2009.

GRINOVER, L. A hospitalidade urbana: acessibilidade, legibilidade e identidade. **Revista Hospitalidade**, v. 3, n. 2, p. 29-50, 2006.

GRÖNROOS, C. Relationship marketing: the strategy continuum. **Journal of Academy of Marketing Science**, v. 23, n. 4, p. 252-255, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

JOHN, J.; YATIM, F.; MANI, S. Measuring Service Quality of Public Dental Health Care Facilities in Kelantan, Malaysia. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, p. 742-753, maio 2011.

KARYDIS, A.; KOMBOLI-KODOVAZENITI, M.; HATZIGEORGIOU, D. Expectation and perception of greek patients. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 5, p. 409–416, nov. 2001.

LASHLEY, C. Hospitalidade e hospitabilidade. **Hospitalidade**, v. especial, p. 70-92, maio 2015.

LASHLEY, C. Para um entendimento teórico. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. São Paulo: Manole, 2004, p.1-24.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2007.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Bookman, 2011.

MANFREDINI, M. Mercado de produtos de higiene bucal no Brasil: uma análise crítica. In: MOYSÉS, S. L.; GROISMAN, S. **Programa de atualização em odontologia preventiva e saúde coletiva**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009. p. 61-87.

MANFREDINI, M. et al. Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 323-335, 2012.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev. bras. epidemiol.* vol. 17, n.1, São Paulo, jan./mar. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000100071&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100071&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 set. 2015

MAUSS, M. **Ensaio sobre a dádiva**: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. [S.l.]: Cosac Naify, 2003.

McALEXANDER, J.; KALDENBERG, D.; KOENIG, H. Service quality measurement. **Journal of Health Care Marketing**, v. 14, n. 3, p. 34-40, 1994.

MELLO, S. C. B.; LEÃO, A. L. M. S.; NETO SOUZA, A. F. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção dos relacionamentos. **Revista Eletrônica de Gestão Organizacional**, v. 2, jan./abr. 2004.

MONTANDON, A. Prefácio. Espelhos da hospitalidade. In: MONTANDON, A. **O livro da hospitalidade**. São Paulo: Senac, 2011, p. 31-38.

MORETTI, S. Encontros de hospitalidade, experiência de consumo e relacionamento com clientes: proposta preliminar para sua integração. SEMINÁRIO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM TURISMO, 12., 2015, NATAL. **Anais...**, Natal: Anptur, 2015.

MOTA, L.; SANTOS, T.; MAGALHÃES, D. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação nos campos de estágio. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 537-544, 2013.

NOBRE, E. S. et al. Avaliação da qualidade de serviço odontológico prestado por universidade privada: visão do usuário. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 171-176, 2005.

NEWSOME, P.; WRIGHT, G. A review of patient satisfaction: 2. Dental patient satisfaction: an appraisal of recent literature. **Br Dent J.**, n. 186, p. 166–170., Feb 27 1999.



PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

QUADROS, A. A hospitalidade e o diferencial competitivo das empresas prestadoras de serviço. **Revista Hospitalidade**, v. 8, n. 1, p. 43-57, 2011.

RITZER, G. Inhospitable hospitality? In: LASHLEY, C.; MORRISON A. LYNCH, P. (eds.). **Hospitality: a social lens**. Amsterdam: Elsevier, 2007.

SELWYN, T. Uma antropologia da hospitalidade. In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Barueri: Manole, 2004.

SINGH, P.; MIZRAHI, E.; KORB, S. A five-year review of cases appearing before the General Dental Council's Professional Conduct Committee. **British dental journal**, v. 206, n. 4, p. 217-223, 2009.

SOARES, É.; REIS, S. C. G. B.; FREIRE, M. C. M. Características ideais do cirurgião-dentista na estratégia saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 12, n. 2, p. 327-341, 2014.

TELFER, E. A filosofia da "hospitabilidade". In: LASHLEY, C.; MORRISON, A. **Em busca da hospitalidade: perspectivas para um mundo globalizado**. Barueri: Manole, 2004.

TODRES, L.; GALVIN, K. T.; HOLLOWAY, I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**. n. 4. p. 68-77, 2009.

VIEIRA, C; COSTA, N. Estratégia profissional e mimetismo empresarial: os planos de saúde odontológicos no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1579-1588, 2008.

## APÊNDICE A

### Questionário de acolhimento no atendimento odontológico

#### Instruções:

Marque a opção escolhida com um "X", escolha apenas uma opção.

A pesquisa é anônima, responda com total liberdade.

Idade	MENOR DE 21 ANOS	21 A 30 ANOS	31 A 50 ANOS	ACIMA DE 51 ANOS
Sexo	FEMININO	MASCULINO		
Motivo da consulta	DOR	ESTÉTICO	FUNCIONAL	PREVENÇÃO
Vínculo	PARTICULAR	CONVÊNIO		
Grau de Instrução	ENSINO FUNDAMENTAL	ENSINO MÉDIO	ENSINO SUPERIOR	PÓS GRADUAÇÃO

1) Como você avalia a cordialidade da recepcionista?

Muito ruim	Ruim	Indiferente	Boa	Ótima
------------	------	-------------	-----	-------

2) Você se sentiu confortável na sala de atendimento?

Desconfortável	Pouco confortável	Indiferente	Confortável	Muito confortável
----------------	-------------------	-------------	-------------	-------------------

3) As formas de pagamento atendem plenamente suas necessidades?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

4) O(a) Cirurgião(ã)-dentista foi atencioso?

Muito pouco atencioso	Pouco atencioso	Indiferente	Atencioso	Muito atencioso
-----------------------	-----------------	-------------	-----------	-----------------

5) O(a) Cirurgião(ã)-dentista explicou minuciosamente o tratamento proposto?

Muito pouco	Pouco	Indiferente	Explicou adequadamente	Ótima explicação
-------------	-------	-------------	------------------------	------------------

6) Como sua opinião foi considerada na decisão do tratamento?

Muito pouco considerada	Pouco considerada	Indiferente	Considerada	Muito considerada
-------------------------	-------------------	-------------	-------------	-------------------

7) O tratamento proposto pelo Cirurgião(ã)-Dentista atende plenamente suas expectativas?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

8) O valor cobrado pelo tratamento é adequado?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

9) Qual o grau de recomendação que você faria deste(a) Cirurgião(ã)-dentista para um amigo ou familiar?

Nenhuma recomendação	Pouca recomendação	Indiferente	Recomendo	Recomendo muito
----------------------	--------------------	-------------	-----------	-----------------

10) O(a) Cirurgião(ã)-dentista se preocupou muito com o seu bem-estar?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

11) O interesse do(a) Cirurgião(ã)-dentista em estabelecer um vínculo franco e amistoso é essencial no atendimento?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

12) O(a) Cirurgião(ã)-dentista soube lidar com as minhas emoções (medo, angústia, ansiedade)?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

13) Me senti muito acolhido pelo(a) Cirurgião(ã)-dentista durante o tratamento

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

14) Você valoriza muito o fato da clínica lhe enviar mensagens futuras para que retorne para consultas regulares?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

15) Confio muito no(a) meu(minha) Cirurgião(ã)-dentista?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

16) Você valoriza muito a preocupação do dentista em relação a sua higiene bucal?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

17) O(a) Cirurgião(ã)-dentista estava muito preocupado se eu sentia dor durante o procedimento

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

18) Você valoriza muito o fato do dentista perguntar sobre meu estado de saúde na ficha de anamnese?

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
---------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------------

O que você acha do relacionamento entre você e o dentista?

---



---



---



---



---

---

---

---

O que você acha do atendimento da recepcionista?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Já teve algum problema de relacionamento com a clínica?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Você continuará o tratamento aqui nesta clínica?

---

---

---

---

---

---

---

---

**APÊNDICE B****INSTRUMENTO DE PESQUISA****Satisfação do paciente**

Pesquisa de satisfação aplicada aos pacientes de clínicas e consultórios odontológicos privadas, com o objetivo de contribuir com a dissertação do aluno Fernando Leonel, mestrando em Hospitalidade da Universidade Anhembi Morumbi.

A pesquisa é anônima, não é necessário se identificar.

\*1. Por que você foi ao dentista?

- Dor
- Estética
- Dificuldade de mastigação e/ou fala
- Prevenção

\*2. Nos últimos três anos, quantas vezes você foi ao dentista?

- 0 a 5 vezes
- 6 a 10 vezes
- 11 a 15 vezes
- 16 a 20 vezes
- 21 a 25 vezes
- mais de 26 vezes

\*3. A duração do tratamento foi adequada?

totalmente inadequado	neutro	totalmente adequado
-----------------------	--------	---------------------

\*4. O tratamento foi bem executado?

totalmente inadequado	neutro	totalmente adequado
-----------------------	--------	---------------------

\*5. A recepcionista foi atenciosa?

totalmente inadequado	neutro	totalmente adequado
-----------------------	--------	---------------------

\*6. A sala de espera era agradável?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*7. A sala de atendimento era acolhedora?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*8. A sala de atendimento transmitiu a aparência de higiene e limpeza?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*9. Os instrumentos foram esterilizados?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*10. O dentista foi simpático?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*11. O dentista procurou entender os motivos que levaram você ao consultório?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*12. O dentista procurou entender suas dúvidas e anseios?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*13. O dentista explicou detalhadamente o tratamento proposto?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*14. A decisão do tratamento foi tomada em conjunto por você e o dentista?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*15. O dentista respeitou o seu "ritmo", medos e expectativas durante o procedimento?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*16. O dentista entende que a saúde bucal é importante para sua vida afetiva e pessoal?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

\*17. O dentista perguntou sobre a sua saúde em geral e seu modo de vida?

totalmente inadequado                      neutro                      totalmente adequado

