RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

Qualidade percebida e experiência do paciente como determinantes de satisfação e fidelização em serviços odontológicos: uma revisão narrativa da literatura

Perceived quality and patient experience as determinants of satisfaction and loyalty in dental services: a narrative literature review

Calidad percibida y experiencia del paciente como determinantes de la satisfacción y la fidelización en los servicios odontológicos: una revisión narrativa de la literatura

Felipe Nardi Marangni
Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic (Campinas, SP). Aperfeiçoamento em Ortodontia pelo Centro de Reabilitação Estética Orofacial (CEREO, Campinas, SP) e em Dentística Restauradora pela Associação dos Cirurgiões-Dentistas de Campinas (ACDC). Membro da Sociedade Brasileira de Odontologia Estética (SBOE).

RESUMO
A qualidade percebida e a experiência do paciente vêm sendo reconhecidas como dimensões legítimas da qualidade em saúde, mas seu estudo em odontologia permanece fragmentado e conceitualmente impreciso. Este artigo tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica, as relações entre qualidade percebida, experiência do paciente, satisfação e fidelização em serviços odontológicos. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, complementadas pela análise de obras seminais do marketing de serviços e da avaliação da qualidade em saúde. O material foi organizado em seis eixos temáticos, que abordam os fundamentos teóricos da qualidade em serviços, as distinções entre satisfação e experiência, a comunicação entre cirurgião-dentista e paciente, o medo e a ansiedade odontológica, o ambiente e a organização do atendimento e as consequências comportamentais da satisfação. Os achados indicam que o paciente julga o serviço sobretudo por aspectos relacionais e organizacionais, uma vez que tem dificuldade de avaliar a qualidade técnica dos procedimentos, que a comunicação clínica está entre os componentes com evidências mais consistentes de associação com adesão e desfechos, que a ansiedade odontológica modifica o patamar de expectativas com que o paciente chega ao serviço e que satisfação e lealdade, embora relacionadas, não se confundem. Conclui-se que a experiência do paciente deve ser tratada como componente estrutural da qualidade em odontologia, com implicações para a prática clínica, para a gestão dos serviços e para a formação profissional.
Palavras-chave: Satisfação do paciente; Qualidade da assistência à saúde; Relações dentista-paciente; Ansiedade ao tratamento odontológico; Fidelização.

ABSTRACT
Perceived quality and patient experience have been increasingly recognized as legitimate dimensions of healthcare quality, yet their study in dentistry remains fragmented and conceptually imprecise. This article aims to analyze, in light of the scientific literature, the relationships between perceived quality, patient experience, satisfaction and loyalty in dental services. It is a narrative literature review, based on searches in the PubMed/MEDLINE, SciELO and LILACS databases, complemented by the analysis of seminal works in services marketing and healthcare quality assessment. The material was organized into six thematic axes addressing the theoretical foundations of service quality, the distinctions between satisfaction and experience, dentist-patient communication, dental fear and anxiety, the physical environment and the organization of care, and the behavioral consequences of satisfaction. The findings indicate that patients judge the service mainly through relational and organizational aspects, since they find it difficult to evaluate the technical quality of procedures; that clinical communication is among the components with the most consistent evidence of association with adherence and outcomes; that dental anxiety changes the level of expectations with which patients approach the service; and that satisfaction and loyalty, although related, are distinct constructs. It is concluded that patient experience should be treated as a structural

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

component of quality in dentistry, with implications for clinical practice, service management and professional education.
Keywords: Patient satisfaction; Quality of health care; Dentist-patient relations; Dental anxiety; Customer loyalty.

1 INTRODUÇÃO

A odontologia contemporânea convive com uma tensão que a formação clínica tradicional raramente torna explícita. De um lado, o desempenho técnico do cirurgião-dentista é avaliado por critérios biológicos e funcionais, como a longevidade das restaurações, o controle da doença periodontal e a estabilidade oclusal. De outro, o paciente, que na maior parte das vezes não dispõe de instrumentos para julgar esses resultados, forma sua opinião sobre o serviço a partir daquilo que consegue observar, como a clareza das explicações recebidas, a cordialidade da equipe, o conforto do ambiente, o respeito aos horários e a sensação de ter sido tratado como pessoa. Grönroos (1984) descreveu essa duplicidade ao separar a qualidade técnica, relativa ao que é entregue, da qualidade funcional, relativa ao modo como a entrega acontece, e observou que a segunda costuma pesar de forma decisiva na avaliação do consumidor. Em serviços de saúde, marcados por acentuada assimetria de informação entre profissional e usuário, essa observação ganha relevância particular.

O interesse acadêmico pela perspectiva do paciente cresceu à medida que os sistemas de saúde passaram a incorporar a experiência do usuário como dimensão legítima da qualidade. O relatório Crossing the Quality Chasm, publicado pelo Institute of Medicine (2001), incluiu o cuidado centrado no paciente entre os seis objetivos que deveriam orientar a reforma dos serviços de saúde norte-americanos, ao lado da segurança, da efetividade, da oportunidade, da eficiência e da equidade. Na odontologia, porém, o debate avançou de forma mais lenta e fragmentada. Mills et al. (2014), em revisão sistemática sobre o cuidado centrado no paciente na clínica odontológica geral, identificaram apenas três estudos elegíveis, nenhum deles conduzido nesse ambiente nem dedicado a investigar a perspectiva dos próprios pacientes, e concluíram que o conceito ainda era pouco compreendido na literatura da área, o que dificulta a comparação entre estudos e a tradução da ideia em práticas clínicas e gerenciais consistentes.

Diante desse quadro, o presente artigo tem como objetivo analisar, à luz da literatura científica, de que maneira a qualidade percebida e a experiência do paciente se relacionam com a satisfação e com a fidelização em serviços odontológicos. Parte-se da premissa de que essas relações não são intuitivas nem lineares e de que sua compreensão exige o diálogo entre a odontologia, a pesquisa sobre qualidade do cuidado em saúde e a literatura de marketing de serviços. O texto organiza-se em seis eixos temáticos, que tratam dos fundamentos teóricos da qualidade em serviços, das distinções

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

conceituais entre satisfação e experiência, da comunicação clínica, do medo e da ansiedade odontológica, do ambiente e da organização do atendimento e, por fim, das consequências comportamentais e organizacionais da satisfação do paciente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, delineamento escolhido por permitir a articulação de referenciais oriundos de áreas distintas do conhecimento em torno de uma questão conceitual ampla. Diferentemente das revisões sistemáticas, cujo propósito é responder a perguntas delimitadas por meio de protocolos reprodutíveis e, quando possível, de síntese quantitativa, a revisão narrativa privilegia a interpretação crítica e a construção de um quadro teórico coerente. Whittemore e Knafl (2005) observam que revisões que combinam literatura teórica e empírica, com estudos de diferentes desenhos metodológicos, podem contribuir de forma relevante para o desenvolvimento conceitual de um campo, desde que o processo de seleção e de análise seja descrito com transparência e que suas limitações sejam reconhecidas de maneira explícita.

A busca de publicações foi conduzida nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, esta última consultada por meio do portal da Biblioteca Virtual em Saúde, e foi complementada por consulta ao Google Acadêmico e pela verificação manual das listas de referências dos trabalhos selecionados. Foram utilizados, isoladamente e em combinação, os descritores e termos livres patient satisfaction, patient experience, service quality, SERVQUAL, patient-centred care, dentist-patient communication, dental anxiety, patient loyalty e dental care, além de seus equivalentes em língua portuguesa. Não se estabeleceu recorte temporal rígido, uma vez que parte relevante do referencial teórico sobre qualidade em serviços e satisfação do consumidor foi publicada entre as décadas de 1980 e 1990 e permanece, até hoje, como base conceitual das pesquisas na área.

Foram incluídos artigos publicados em periódicos científicos com revisão por pares, relatórios técnicos de instituições reconhecidas e documentos normativos pertinentes ao exercício da odontologia no Brasil, redigidos em português, inglês ou espanhol. Priorizaram-se três tipos de produção, a saber, os trabalhos seminais que originaram os modelos teóricos discutidos, as revisões sistemáticas e metanálises que sintetizam evidências sobre os temas abordados e os estudos empíricos realizados especificamente em serviços odontológicos. Foram excluídos textos opinativos sem fundamentação teórica ou empírica, materiais de natureza comercial e publicações cujo conteúdo integral ou resumo não estivesse disponível para verificação, de modo a assegurar que todas as informações apresentadas pudessem ser rastreadas até suas fontes originais.

O material selecionado foi submetido a leitura analítica e organizado em seis eixos temáticos,

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

definidos a partir da recorrência dos assuntos na literatura e de sua pertinência ao objetivo do estudo. Em cada eixo, buscou-se apresentar os conceitos centrais, os principais achados empíricos e as tensões ou lacunas apontadas pelos próprios autores. Reconhece-se, como limitação inerente ao delineamento, a possibilidade de viés na seleção das fontes, uma vez que a revisão narrativa não pretende esgotar a produção existente nem quantificar a força das evidências disponíveis. Por esse motivo, as conclusões aqui apresentadas devem ser lidas como síntese interpretativa, útil para orientar pesquisas futuras e reflexões sobre a prática, e não como recomendações derivadas de avaliação formal da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

3 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA QUALIDADE EM SERVIÇOS E SUA APLICAÇÃO À SAÚDE

A discussão sobre qualidade em serviços consolidou-se como campo próprio de investigação a partir da constatação de que os modelos desenvolvidos para bens manufaturados não davam conta das características dos serviços, como a intangibilidade, a simultaneidade entre produção e consumo e a heterogeneidade da entrega. Grönroos (1984) propôs que o consumidor avalia o serviço em duas dimensões, a qualidade técnica, que corresponde ao resultado obtido, e a qualidade funcional, que diz respeito ao processo de interação com o prestador, ambas filtradas pela imagem que o cliente tem da organização. O autor argumentou que, quando a qualidade técnica atinge um patamar aceitável e semelhante entre concorrentes, é a qualidade funcional que tende a diferenciar a percepção do serviço, formulação que passou a ser frequentemente retomada em estudos sobre serviços de saúde.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) avançaram nessa direção ao propor o chamado modelo das lacunas, segundo o qual a qualidade percebida resulta da diferença entre as expectativas do consumidor e sua percepção sobre o desempenho efetivo do serviço. O modelo identifica cinco lacunas, quatro delas situadas no interior da organização, como a distância entre o que os gestores supõem que o cliente espera e aquilo que ele de fato espera, ou entre os padrões definidos pela empresa e o serviço efetivamente entregue. A quinta lacuna, percebida pelo cliente, seria consequência das anteriores. Essa formulação deslocou o foco da qualidade para a relação entre expectativa e percepção e indicou que falhas visíveis ao usuário costumam ter origem em problemas de gestão, de comunicação interna e de padronização de processos.

Em trabalho posterior, os mesmos autores desenvolveram a escala SERVQUAL, instrumento de 22 itens distribuídos em cinco dimensões, a saber, tangibilidade, confiabilidade, responsividade, segurança e empatia, que resultaram da depuração estatística das dez dimensões inicialmente propostas (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). O instrumento é aplicado em duas

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

etapas, uma voltada às expectativas e outra às percepções, e a diferença entre ambas expressa a lacuna de qualidade em cada dimensão. Valores negativos indicam que o desempenho percebido ficou aquém do esperado. O Quadro 1 sintetiza as dimensões da escala, suas definições originais e exemplos de manifestação no contexto odontológico, elaborados com base em estudos que aplicaram o instrumento a usuários de serviços odontológicos.

Quadro 1 – Dimensões da escala SERVQUAL e exemplos de sua manifestação em serviços odontológicos

Dimensão	Definição original	Exemplos no contexto odontológico
Tangibilidade	Aparência das instalações físicas, dos equipamentos, do pessoal e dos materiais de comunicação	Limpeza e organização da clínica, conservação dos equipamentos, apresentação da equipe, conforto da recepção e sinais visíveis de biossegurança
Confiabilidade	Capacidade de executar o serviço prometido de forma segura e precisa	Cumprimento de horários, execução do plano de tratamento conforme acordado e coerência entre orçamento e procedimentos realizados
Responsividade	Disposição para ajudar os clientes e prestar o serviço com presteza	Agilidade no agendamento, retorno rápido a dúvidas e intercorrências e tempo de espera reduzido
Segurança	Conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança	Domínio técnico demonstrado nas explicações, cumprimento das normas de antissepsia e esterilização e cortesia da equipe
Empatia	Atenção individualizada e cuidadosa dispensada aos clientes	Escuta das preocupações do paciente, consideração do medo e da dor, flexibilidade de horários e informação adaptada a cada caso

Fonte: elaborado pelo autor com base em Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Karydis et al. (2001) e Gonçalves et al. (2017).

A escala não ficou imune a críticas. Cronin e Taylor (1992) questionaram a necessidade de medir expectativas e propuseram a escala SERVPERF, baseada apenas nas percepções de desempenho, argumentando que ela explicaria melhor a variação da qualidade global percebida e evitaria problemas psicométricos associados ao cálculo de diferenças. No contexto odontológico, ainda assim, a abordagem baseada na comparação entre expectativas e percepções têm produzido resultados informativos. Karydis et al. (2001), em estudo com pacientes gregos que organizou as características do atendimento em dimensões de segurança, empatia, confiabilidade e responsividade, observaram que as expectativas mais elevadas se concentravam no cumprimento das normas de antissepsia e

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

esterilização e em aspectos de empatia e segurança, e que a maior lacuna entre expectativa e percepção dizia respeito às informações fornecidas sobre doenças bucais e higiene oral, com lacunas expressivas também nos itens relativos à responsividade.

No Brasil, Gonçalves et al. (2017) aplicaram o SERVQUAL a trabalhadores de empresas clientes de um plano odontológico nos estados de São Paulo e Minas Gerais e encontraram diferenças estatisticamente significativas entre expectativas e percepções em todas as dimensões, sendo a confiabilidade aquela com a maior lacuna. Os autores verificaram ainda que as mulheres manifestaram maior insatisfação nas dimensões de tangibilidade e confiabilidade e recomendaram atenção às características físicas das instalações e à interação da equipe com os usuários. Em paralelo, o modelo de Donabedian (1988), que organiza a avaliação da qualidade do cuidado em estrutura, processo e resultado, oferece um referencial complementar ao do marketing de serviços, ao situar a satisfação do paciente como um dos resultados desejáveis do cuidado e como fonte legítima de informação sobre o processo assistencial.

4 SATISFAÇÃO, EXPERIÊNCIA DO PACIENTE E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA

Embora frequentemente tratados como sinônimos, satisfação, qualidade percebida e experiência do paciente correspondem a construtos distintos, e a confusão entre eles compromete tanto a pesquisa quanto o uso gerencial das informações. Na literatura sobre comportamento do consumidor, o modelo mais influente para explicar a satisfação é o da desconfirmação de expectativas, formulado por Oliver (1980). Segundo esse modelo, o consumidor forma expectativas antes do consumo e, após a experiência, compara o desempenho percebido com essas expectativas. A desconfirmação positiva, quando o desempenho supera o esperado, tende a gerar satisfação, enquanto a desconfirmação negativa tende a gerar insatisfação. A satisfação, por sua vez, influencia atitudes e intenções de recompra, alimentando um ciclo que se renova a cada novo contato com o prestador do serviço.

Newsome e Wright (1999), ao examinarem os conceitos de satisfação aplicados à odontologia, destacaram que o processo de avaliação do paciente não se reduz a uma comparação mecânica entre expectativas e percepções. Os autores recorreram à noção de zona de tolerância, segundo a qual o consumidor reconhece que o desempenho de um serviço pode variar e estabelece uma faixa de variação que considera aceitável. Desempenhos situados dentro dessa faixa tendem a ser pouco notados, ao passo que aqueles que a ultrapassam, para mais ou para menos, ganham saliência na memória do paciente. Essa perspectiva ajuda a compreender por que episódios pontuais, como um atraso prolongado ou uma explicação especialmente cuidadosa, podem pesar de forma desproporcional na avaliação global do atendimento recebido.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

Davies e Ware (1982) desenvolveram, no âmbito do Health Insurance Experiment conduzido pela RAND Corporation, um dos primeiros questionários voltados especificamente à mensuração da satisfação com o cuidado odontológico, com escalas dedicadas ao acesso, à disponibilidade e conveniência, aos custos, ao manejo da dor, à qualidade e à continuidade do cuidado. A literatura posterior, contudo, passou a apontar limitações dos inquéritos de satisfação, sobretudo a tendência de produzir índices elevados e pouco discriminativos, além da forte dependência das expectativas prévias dos respondentes. Black e Jenkinson (2009) argumentaram que as medidas de experiência, nas quais o paciente relata o que efetivamente aconteceu durante o cuidado, como ter recebido explicações compreensíveis ou ter sido envolvido nas decisões, oferecem informações mais objetivas e mais úteis para orientar melhorias do que perguntas genéricas sobre o quanto ele ficou satisfeito com o serviço.

Essa distinção conceitual foi aprofundada por Wolf et al. (2014), que revisaram as definições empregadas na literatura e tomaram como ponto de partida a formulação do The Beryl Institute, segundo a qual a experiência do paciente corresponde à soma de todas as interações, moldadas pela cultura da organização, que influenciam as percepções do paciente ao longo de toda a trajetória de cuidado. Os autores enfatizam que a experiência é mais ampla do que a satisfação, pois abrange acontecimentos que ocorrem antes, durante e depois do encontro clínico e que dependem tanto do comportamento individual dos profissionais quanto da forma como o serviço está organizado. Em clínicas odontológicas, isso inclui desde o primeiro contato telefônico ou digital até o acompanhamento oferecido após a conclusão do tratamento.

O conceito de cuidado centrado no paciente, formalizado pelo Institute of Medicine (2001) como o cuidado que respeita e responde às preferências, necessidades e valores individuais e assegura que esses valores orientem as decisões clínicas, oferece a base normativa desse debate. Epstein e Street (2011) ressaltam que o cuidado centrado no paciente não se confunde com atender a todos os desejos do usuário, mas envolve conhecer a pessoa em seu contexto, compartilhar informações e decisões e cultivar a relação terapêutica. Na odontologia, Mills et al. (2015), em estudo qualitativo com pacientes do sudoeste da Inglaterra, identificaram que os aspectos relacionais do cuidado, descritos como conexão, atitude, comunicação, empoderamento e sentimento de ser valorizado, ocupavam posição central na percepção de um atendimento de alta qualidade, enquanto aspectos funcionais, como o sistema de saúde e o ambiente físico, exerciam influência variável.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

5 A COMUNICAÇÃO ENTRE CIRURGIÃO-DENTISTA E PACIENTE COMO EIXO DA QUALIDADE PERCEBIDA

Entre os componentes da experiência do paciente, a comunicação entre profissional e usuário está entre os que reúnem evidências mais consistentes na literatura. Stewart (1995), em revisão de 21 estudos que examinaram a relação entre a comunicação médica e os desfechos de saúde, verificou que 16 deles relataram resultados positivos, com efeitos observados, em ordem de frequência, sobre o estado emocional, a resolução de sintomas, a funcionalidade, medidas fisiológicas como pressão arterial e glicemia e o controle da dor. A autora identificou que a qualidade da comunicação importava tanto na etapa de anamnese quanto no momento de discussão do plano de tratamento, o que indica que a comunicação não constitui mero acessório da relação clínica.

A relação entre comunicação e adesão ao tratamento foi quantificada por Zolnierek e DiMatteo (2009) em metanálise que reuniu estudos correlacionais e experimentais. Os autores estimaram que o risco de não adesão é 19% maior entre pacientes cujo médico se comunica de forma deficiente e que o treinamento em habilidades de comunicação aumenta em 1,62 vez a chance de adesão dos pacientes atendidos pelos profissionais treinados. Esses resultados foram obtidos predominantemente em contextos médicos, mas podem ser relevantes para a odontologia, na medida em que grande parte dos tratamentos odontológicos depende de comportamentos do próprio paciente, como o comparecimento às consultas sequenciais, os cuidados domiciliares de higiene, o uso correto de aparelhos e o retorno para manutenção periódica.

Na literatura odontológica, Sondell e Söderfeldt (1997) revisaram os modelos de relação entre dentista e paciente e os classificaram em empíricos e normativos, examinando-os com ênfase na comunicação e nos fatores externos que moldam cada tipo de relação. Os autores propuseram um modelo no qual aquilo que é feito e dito durante o encontro clínico influencia os resultados do tratamento e discutiram os propósitos da comunicação odontológica e os meios de alcançá-los. Ao mesmo tempo, apontaram que faltava ao contexto odontológico uma teoria da comunicação propriamente dita, bem como sistemas confiáveis e válidos de análise da interação, lacuna que ajuda a explicar por que o tema permaneceu, por longo período, à margem da formação e da pesquisa em odontologia, ainda concentradas nos aspectos técnicos e biológicos do cuidado.

A confiança é o elemento que conecta comunicação e qualidade percebida. Hall et al. (2001), ao examinarem a confiança de pacientes em médicos e instituições de saúde, descreveram-na como construto multidimensional, que envolve a percepção de fidelidade aos interesses do paciente, competência, honestidade e confidencialidade, além de um componente global. Os autores argumentaram que a confiança importa porque se associa a comportamentos como a busca de

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

cuidado, a adesão às recomendações e a continuidade do vínculo com o profissional. Em serviços nos quais o paciente tem dificuldade de avaliar diretamente a qualidade técnica, como ocorre na maior parte dos procedimentos odontológicos, a confiança funciona como substituto dessa avaliação e é construída, sobretudo, pela forma como o profissional se comunica.

A informação ao paciente possui também dimensão ética e normativa. O Código de Ética Odontológica, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, considera infração ética deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, o que confere à comunicação o caráter de obrigação profissional, e não apenas de estratégia de relacionamento (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012). O estudo de Karydis et al. (2001), discutido anteriormente, identificou a informação sobre doenças bucais e higiene oral como o ponto de maior distância entre o que os pacientes esperavam e o que percebiam receber. Esse resultado indica que a comunicação educativa pode representar uma oportunidade relevante de melhoria da qualidade percebida em serviços odontológicos.

6 MEDO E ANSIEDADE ODONTOLÓGICA COMO MODULADORES DA EXPERIÊNCIA DO PACIENTE

O medo e a ansiedade odontológica constituem uma particularidade que distingue a experiência do paciente em odontologia da maior parte dos demais serviços de saúde. A expectativa de dor, a sensação de perda de controle, a posição na cadeira, os ruídos dos instrumentos rotatórios e as experiências negativas anteriores compõem um repertório de estímulos capaz de transformar a consulta em situação percebida como ameaçadora. Silveira et al. (2021), em revisão sistemática com metanálise que reuniu 31 publicações e mais de 72 mil adultos, estimaram em 15,3% a prevalência global de medo e ansiedade odontológica, em 12,4% a de nível elevado e em 3,3% a de nível severo, com prevalências maiores entre mulheres e adultos mais jovens e com variação das estimativas conforme o instrumento de mensuração empregado.

A mensuração desse construto tem longa tradição na pesquisa odontológica. Corah (1969) desenvolveu a Dental Anxiety Scale, composta por quatro questões sobre as reações do paciente diante de situações relacionadas ao tratamento, como a véspera da consulta, a espera na recepção e o uso de instrumentos durante o atendimento. Humphris, Morrison e Lindsay (1995) propuseram uma versão modificada, a Modified Dental Anxiety Scale, que acrescentou um item sobre a anestesia local e padronizou as opções de resposta, e apresentaram normas de referência para a população do Reino Unido. A existência de instrumentos breves e validados é relevante para a gestão da experiência do paciente, pois permite identificar previamente os pacientes ansiosos e adaptar o atendimento antes

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

que o medo comprometa a consulta.

Armfield e Heaton (2013) ressaltam que cerca de uma em cada sete pessoas apresenta ansiedade elevada em relação ao tratamento odontológico e que o manejo desses pacientes exige, antes de tudo, a identificação do medo e a compreensão de suas origens, de sua natureza e de seus componentes. Os autores descrevem um conjunto de abordagens não farmacológicas que vai de técnicas básicas de comunicação e construção de vínculo até intervenções mais estruturadas, como a dessensibilização sistemática e a hipnose, algumas das quais exigem treinamento especializado. Muitas dessas estratégias, segundo eles, são apropriadas a todos os pacientes, independentemente do grau de ansiedade, o que aproxima o manejo do medo da noção mais ampla de cuidado centrado no paciente e da construção de uma experiência positiva.

A relação entre ansiedade e experiência do paciente é bidirecional. Pacientes ansiosos tendem a evitar consultas, adiar tratamentos e procurar o serviço apenas em situações de urgência, quando os procedimentos costumam ser mais invasivos e desconfortáveis, o que reforça a percepção negativa e alimenta um ciclo de evitação. Armfield, Stewart e Spencer (2007), em inquérito com mais de 6 mil australianos, encontraram suporte estatístico para esse ciclo vicioso, no qual o medo leva ao adiamento das consultas, à piora da saúde bucal e a atendimentos motivados por sintomas, que por sua vez mantêm ou intensificam o medo. Por outro lado, experiências em que o paciente se sente ouvido, informado e no controle da situação podem atenuar o medo ao longo do tempo. Armfield e Heaton (2013) defendem que o cuidado ao paciente ansioso seja organizado em etapas, combinando melhor compreensão do problema, comunicação clara e planejamento progressivo do tratamento, de modo que a confiança seja construída a cada novo encontro clínico.

Do ponto de vista da qualidade percebida, a ansiedade modifica o próprio patamar de expectativas com que o paciente chega ao serviço. Para quem antecipa dor e desconforto, a ausência dessas sensações e o cuidado na explicação de cada etapa podem representar intensa desconfirmação positiva, nos termos do modelo de Oliver (1980). Os achados de Karydis et al. (2001), que situam a empatia e a segurança entre as prioridades dos pacientes, e o modelo proposto por Mills et al. (2015), que coloca a conexão e o sentimento de ser valorizado no centro do cuidado, convergem com essa leitura. Nessa perspectiva, o manejo da ansiedade ultrapassa a esfera estritamente clínica e se integra à experiência oferecida pelo serviço odontológico.

7 AMBIENTE FÍSICO, TEMPO DE ESPERA E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

Bitner (1992) cunhou o termo servicescape para designar o ambiente físico construído no qual o serviço é prestado e propôs que esse ambiente influencia, ao mesmo tempo, o comportamento dos

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

clientes e o dos funcionários. O modelo da autora organiza os elementos do ambiente em três grupos, as condições ambientais, como temperatura, iluminação, ruído, música e odor, o arranjo espacial e a funcionalidade, e os sinais, símbolos e artefatos que comunicam mensagens implícitas sobre a organização. Esses elementos produzem respostas cognitivas, emocionais e fisiológicas que, por sua vez, afetam a disposição de permanecer, retornar e recomendar o serviço. Em serviços de saúde, nos quais o usuário frequentemente se encontra em estado de vulnerabilidade, o efeito do ambiente tende a ser ainda mais pronunciado.

Na odontologia, há evidências experimentais de que intervenções simples no ambiente podem afetar o estado emocional do paciente. Lehrner et al. (2005) distribuíram 200 pacientes adultos que aguardavam atendimento em um consultório odontológico em quatro condições, com aroma de laranja, aroma de lavanda, música e controle sem aroma e sem música, e observaram que ambos os aromas se associaram a menor ansiedade e a melhor humor em comparação com o grupo controle. Embora o estudo não autorize generalizações amplas sobre o uso de aromas em serviços de saúde, ele ilustra a premissa de Bitner (1992) de que condições ambientais aparentemente secundárias participam da construção da experiência, sobretudo em contextos marcados por tensão, como a espera por um procedimento odontológico.

A dimensão de tangibilidade do SERVQUAL capta parte desses elementos, e os estudos aplicados à odontologia indicam que ela não deve ser subestimada. Gonçalves et al. (2017) apontaram as características físicas das instalações, ao lado da interação da equipe com os pacientes, como prioridades para a melhoria da qualidade percebida. Karydis et al. (2001) mostraram que a observância das normas de antissepsia e esterilização ocupava o topo das expectativas dos pacientes, o que revela que, em odontologia, a tangibilidade se confunde em parte com sinais visíveis de biossegurança. Pode-se interpretar, a partir desses achados, que a limpeza do ambiente e os procedimentos de biossegurança visíveis ao paciente funcionam como evidências tangíveis de um atributo técnico que o usuário não consegue verificar diretamente.

O tempo de espera é outro componente organizacional com efeito documentado sobre a percepção do cuidado. Bleustein et al. (2014) analisaram mais de 11 mil questionários respondidos por pacientes de 44 ambulatórios de um centro médico acadêmico norte-americano e verificaram que esperas mais longas se associavam a escores menores não apenas de satisfação, mas também de confiança no profissional e de percepção da qualidade do cuidado. Segundo o modelo dos autores, a probabilidade de o paciente atribuir a nota máxima à intenção de recomendar o serviço caía de cerca de 77% com espera total de 10 minutos para aproximadamente 53% com espera de 60 minutos. O achado indica que o atraso não é percebido apenas como inconveniente, mas interfere no julgamento sobre a competência de quem presta o atendimento.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

Esses resultados dialogam com o componente de estrutura do modelo de Donabedian (1988), que reúne os recursos materiais, humanos e organizacionais do serviço, e com a dimensão de responsividade do SERVQUAL. Em clínicas odontológicas, a gestão da agenda, a estimativa realista da duração dos procedimentos, a comunicação antecipada sobre eventuais atrasos e a integração entre recepção e equipe clínica são decisões administrativas que se convertem diretamente em experiência para o paciente. Pine e Gilmore (1998), ao descreverem a chamada economia da experiência, observaram que as empresas podem diferenciar-se ao encenar deliberadamente experiências memoráveis para seus clientes. Transposta com as devidas cautelas para a saúde, essa ideia reforça que a experiência não resulta apenas de atitudes individuais, mas de um desenho intencional do serviço.

8 DA SATISFAÇÃO À FIDELIZAÇÃO: CONSEQUÊNCIAS COMPORTAMENTAIS E ORGANIZACIONAIS

A importância atribuída à satisfação e à qualidade percebida decorre, em grande medida, de suas consequências sobre o comportamento futuro dos usuários. Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) propuseram um modelo em que a qualidade do serviço influencia intenções comportamentais favoráveis, como falar positivamente sobre a empresa, recomendá-la a outras pessoas, permanecer leal e aceitar pagar preços mais elevados, e desfavoráveis, como reclamar ou trocar de fornecedor. Os autores encontraram evidências empíricas dessa associação em diferentes setores e defenderam que a mensuração das intenções comportamentais integrasse os sistemas de avaliação da qualidade, por oferecer uma ponte entre a percepção do cliente e o desempenho financeiro da organização.

A lealdade, entretanto, não se confunde com a simples repetição de compra. Dick e Basu (1994) propuseram uma estrutura conceitual que combina a atitude relativa do consumidor em relação ao prestador com o padrão de recompra, distinguindo a lealdade verdadeira, que reúne atitude favorável e recompra elevada, da lealdade latente, da lealdade espúria e da ausência de lealdade. A lealdade espúria, caracterizada por recompra sem atitude favorável, pode ser relevante para a análise de serviços de saúde, pois tende a refletir barreiras de mudança, como a cobertura de um plano odontológico ou a proximidade geográfica. Oliver (1999), por sua vez, descreveu a lealdade como processo que evolui em fases cognitiva, afetiva, conativa e de ação, e advertiu que a satisfação, embora necessária, não basta por si só para gerar lealdade duradoura.

As implicações econômicas da retenção de clientes foram evidenciadas por Reichheld e Sasser (1990), que, ao analisarem empresas de diferentes setores de serviços, estimaram que a redução de 5% na taxa de perda de clientes poderia elevar os lucros entre 25% e 85%, a depender do setor.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

RCMOS – Revista Científica Multidisciplinar O Saber.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.
Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

Anderson, Fornell e Lehmann (1994), com dados do barômetro nacional de satisfação do consumidor da Suécia, encontraram associação entre satisfação e retorno econômico das empresas e ressaltaram que os efeitos financeiros da satisfação tendem a manifestar-se ao longo do tempo, e não de forma imediata. Em clínicas odontológicas, cuja sustentabilidade depende de tratamentos de longa duração, de consultas periódicas de manutenção e da indicação espontânea de novos pacientes, a lógica desses estudos se aplica com particular clareza.

A cadeia de lucro em serviços, descrita por Heskett et al. (1994), acrescenta a esse raciocínio um elemento interno às organizações. Segundo o modelo, a qualidade do serviço interno, entendida como as condições de trabalho, as ferramentas e o suporte oferecidos aos funcionários, influencia a satisfação e a retenção da equipe, que por sua vez afetam o valor do serviço entregue ao cliente, sua satisfação e sua lealdade, culminando em crescimento de receita e rentabilidade. Transposto para a odontologia, o modelo sugere que a experiência do paciente dificilmente pode ser dissociada da experiência da equipe, uma vez que recepcionistas, auxiliares e técnicos participam de grande parte das interações vividas pelo usuário, e permite supor que a retenção de pessoal favoreça a continuidade e a previsibilidade do atendimento.

A vinculação entre experiência do paciente e resultados clínicos oferece um argumento adicional, que ultrapassa a racionalidade econômica. Doyle, Lennox e Bell (2013), em revisão sistemática de 55 estudos, encontraram predominância de associações positivas entre a experiência do paciente e indicadores de segurança e efetividade clínica, incluindo a adesão a tratamentos e recomendações, o uso de cuidados preventivos e desfechos de saúde, e concluíram que a experiência deve ser considerada um dos pilares da qualidade, e não uma dimensão secundária. Para a odontologia, cuja efetividade depende fortemente da continuidade do vínculo e da participação ativa do paciente, esse achado sugere que satisfação, fidelização e bons resultados clínicos tendem a reforçar-se mutuamente, desde que a busca pela satisfação não se desvincule das indicações clínicas baseadas em evidências.

CONCLUSÃO

A revisão empreendida permite afirmar que a qualidade percebida pelo paciente odontológico resulta de uma combinação de elementos técnicos e relacionais, na qual os segundos assumem peso considerável justamente porque o usuário tem dificuldade de avaliar os primeiros. A distinção de Grönroos (1984) entre qualidade técnica e qualidade funcional, formulada no âmbito do marketing de serviços, encontra na odontologia um campo de aplicação especialmente adequado, dada a assimetria de informação que caracteriza a relação entre profissional e paciente e que tende a deslocar o julgamento do usuário para aquilo que ele consegue observar.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

Os modelos de lacunas e a escala SERVQUAL oferecem ferramentas úteis para identificar em que pontos o serviço se distancia das expectativas dos usuários. Os estudos aplicados à odontologia, realizados em contextos tão distintos quanto a Grécia e o Brasil, revelaram lacunas significativas em diferentes dimensões e chamaram atenção, em particular, para a informação oferecida ao paciente, para a confiabilidade do serviço e para os aspectos tangíveis relacionados às instalações e à biossegurança. Esses resultados indicam que os problemas percebidos pelos pacientes tendem a repetir-se em realidades diversas.

Do ponto de vista conceitual, a literatura indica a necessidade de distinguir com clareza satisfação, qualidade percebida e experiência do paciente. A satisfação, explicada pelo modelo de desconfirmação de expectativas, depende fortemente daquilo que o paciente esperava encontrar, ao passo que a experiência se refere ao conjunto de interações efetivamente vividas ao longo da trajetória de cuidado. Medidas de experiência tendem a ser mais informativas para a gestão dos serviços do que índices genéricos de satisfação, que frequentemente produzem resultados elevados e pouco discriminativos.

A comunicação entre cirurgião-dentista e paciente aparece entre os componentes com evidências mais consistentes de associação com desfechos, incluindo a adesão ao tratamento e a construção da confiança. Trata-se, além disso, de obrigação ética prevista no Código de Ética Odontológica, o que reforça que o investimento em comunicação clara, educativa e compartilhada não deve ser entendido como recurso de persuasão comercial, mas como parte constitutiva do cuidado de qualidade e do respeito à autonomia do paciente nas decisões sobre a própria saúde.

O medo e a ansiedade odontológica, que atingem parcela expressiva da população adulta, conferem à experiência do paciente em odontologia uma especificidade que não pode ser ignorada. A identificação prévia de pacientes ansiosos por meio de instrumentos validados e a adoção de estratégias não farmacológicas de manejo constituem caminhos para reduzir a evitação de consultas e transformar a percepção do atendimento, com efeitos tanto sobre a saúde bucal quanto sobre a relação de longo prazo que o paciente estabelece com o serviço e com o profissional.

O ambiente físico e a organização do atendimento, frequentemente tratados como questões meramente administrativas, participam de forma direta da construção da experiência. Condições ambientais, sinais visíveis de biossegurança, pontualidade e gestão do tempo de espera influenciam não apenas a satisfação, mas também o julgamento sobre a competência do profissional, como demonstram os estudos sobre tempo de espera e os modelos de ambiente de serviço discutidos ao longo do texto. Decisões de gestão, nesse sentido, são também decisões sobre a qualidade percebida do cuidado.

As consequências da qualidade percebida e da experiência estendem-se à fidelização, à recomendação

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

e à sustentabilidade econômica dos serviços, como sugerem os estudos sobre intenções comportamentais, lealdade e cadeia de lucro em serviços. A literatura também adverte, contudo, que satisfação não equivale automaticamente a lealdade e que a experiência do paciente está ligada à experiência da equipe, o que transfere parte da responsabilidade pela qualidade percebida para a gestão de pessoas, para a liderança e para a cultura organizacional das clínicas odontológicas.

Como limitação, reconhece-se que esta revisão narrativa não esgota a produção científica sobre o tema e que parte relevante das evidências discutidas foi produzida em contextos médicos ou em setores de serviços distintos da odontologia, o que exige cautela na transposição dos achados. Recomenda-se que pesquisas futuras validem instrumentos de mensuração da experiência do paciente em serviços odontológicos brasileiros, investiguem longitudinalmente as relações entre experiência, adesão e desfechos clínicos e examinem de que modo a formação em odontologia pode incorporar, de maneira sistemática, as competências relacionais e gerenciais aqui discutidas.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. **Journal of Marketing**, v. 58, n. 3, p. 53-66, 1994.

ARMFIELD, J. M.; HEATON, L. J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. **Australian Dental Journal**, v. 58, n. 4, p. 390-407, 2013. DOI: 10.1111/adj.12118.

ARMFIELD, J. M.; STEWART, J. F.; SPENCER, A. J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health**, v. 7, 1, 2007. DOI: 10.1186/1472-6831-7-1.

BITNER, M. J. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 2, p. 57-71, 1992.

BLACK, N.; JENKINSON, C. Measuring patients' experiences and outcomes. **BMJ**, v. 339, b2495, 2009.

BLEUSTEIN, C. et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. **The American Journal of Managed Care**, v. 20, n. 5, p. 393-400, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-118, de 11 de maio de 2012**. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Rio de Janeiro: CFO, 2012.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596, 1969.

CRONIN, J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

DAVIES, A. R.; WARE, J. E. **Development of a dental satisfaction questionnaire for the Health Insurance Experiment**. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 1982. (Report R-2712-HHS).

DICK, A. S.; BASU, K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 22, n. 2, p. 99-113, 1994.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DOYLE, C.; LENNOX, L.; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**, v. 3, n. 1, e001570, 2013. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570.

EPSTEIN, R. M.; STREET, R. L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, v. 9, n. 2, p. 100-103, 2011.

GONÇALVES, J. R. et al. The importance of the evaluation of expectations and perceptions to improve the dental service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 30, n. 6, p. 568-576, 2017. DOI: 10.1108/IJHCQA-01-2016-0008.

GRÖNROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

HALL, M. A. et al. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter? **The Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613-639, 2001.

HESKETT, J. L. et al. Putting the service-profit chain to work. **Harvard Business Review**, v. 72, n. 2, p. 164-174, 1994.

HUMPHRIS, G. M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S. J. E. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dental Health**, v. 12, n. 3, p. 143-150, 1995.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

KARYDIS, A. et al. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 5, p. 409-416, 2001. DOI: 10.1093/intqhc/13.5.409.

LEHRNER, J. et al. Ambient odors of orange and lavender reduce anxiety and improve mood in a dental office. **Physiology & Behavior**, v. 86, n. 1-2, p. 92-95, 2005.

MILLS, I. et al. Patient-centred care in general dental practice: a systematic review of the literature. **BMC Oral Health**, v. 14, 64, 2014. DOI: 10.1186/1472-6831-14-64.

MILLS, I. et al. Person-centred care in dentistry: the patients' perspective. **British Dental Journal**, v. 218, n. 7, p. 407-413, 2015. DOI: 10.1038/sj.bdj.2015.248.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. **British Dental Journal**, v. 186, n. 4, p. 161-165, 1999. DOI: 10.1038/sj.bdj.4800052.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Ano VII, v.2 2026 | submissão: 14/08/2026 | aceito: 19/09/2026 | publicação: 24/10/2026

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, n. 4, p. 460-469, 1980.

OLIVER, R. L. Whence consumer loyalty? **Journal of Marketing**, v. 63, special issue, p. 33-44, 1999.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

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

PINE, B. J.; GILMORE, J. H. Welcome to the experience economy. **Harvard Business Review**, v. 76, n. 4, p. 97-105, 1998.

REICHHELD, F. F.; SASSER, W. E. Zero defections: quality comes to services. **Harvard Business Review**, v. 68, n. 5, p. 105-111, 1990.

SILVEIRA, E. R. et al. Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 108, 103632, 2021.

SONDELL, K.; SÖDERFELDT, B. Dentist-patient communication: a review of relevant models. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 55, n. 2, p. 116-126, 1997. DOI: 10.3109/00016359709115403.

STEWART, M. A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. **Canadian Medical Association Journal**, v. 152, n. 9, p. 1423-1433, 1995.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WOLF, J. A. et al. Defining patient experience. **Patient Experience Journal**, v. 1, n. 1, p. 7-19, 2014.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. The behavioral consequences of service quality. **Journal of Marketing**, v. 60, n. 2, p. 31-46, 1996.

ZOLNIEREK, K. B. H.; DIMATTEO, M. R. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**, v. 47, n. 8, p. 826-834, 2009.

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CreativeCommons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.