

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**Estratégias de comunicação na relação médico doente
em medicina dentária**

Mafalda Martins de Albuquerque

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2013

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA



**Estratégias de comunicação na relação médico doente
em medicina dentária**

Mafalda Martins de Albuquerque

Dissertação orientada por:

Professor Doutor João Tiago Cardoso Gonsalves Mourão

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2013

Em memória do médico e meu bisavô,

Dr. Joaquim de Albuquerque,

Agradecimentos

Devo especialmente este capítulo da minha dissertação a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, me acompanharam ao longo destes anos académicos e contribuíram para encerrar este ciclo da minha vida.

Em primeiro lugar, não posso deixar de manifestar um profundo agradecimento ao meu pai, **Paulo de Albuquerque**, e à minha mãe, **Maria José Martins**, que me permitiram fazer este curso superior, oferecendo-me sempre as melhores condições de trabalho e a sua compreensão em todos os momentos. Agradeço-lhes ainda a sua generosidade na construção dos meus projetos, nomeadamente a minha passagem de três meses por Estocolmo, a qual foi, sem dúvida, a experiência desta caminhada que guardo com mais carinho.

Uma palavra também especial para o meu irmão, **Ricardo de Albuquerque**, mais velho três anos do que eu, licenciado em Radiologia, que irá ser pai ainda este ano e a quem desejo as maiores felicidades.

À minha avó, **Maria da Luz Martins**, que me acompanhou, literalmente, todos os dias e que sem a qual e a sua energia tão positiva e sorriso contagiante eu não seria tão semelhante.

Ao meu avô, **José António da Silva**, que se tornou para mim um exemplo de força e coragem e a quem devo toda a minha admiração.

À minha afilhada, **Maria Luís Costa**, e à sua irmã, **Ana Carlos Costa**, que me deram sempre motivos para acreditar que a grandeza não se manifesta no poder ou tamanho, mas na qualidade da nossa inspiração.

Quero ainda agradecer ao meu namorado, **Fernando Arrobas da Silva**, toda a dedicação que deposita naquilo em que acredita, pelas horas incontáveis de apoio e pela verdadeira amizade que por mim manifesta.

Relativamente ao desenvolvimento desta monografia, devo um agradecimento sincero a um conjunto de pessoas que, certamente, fizeram deste um melhor trabalho:

Ao **Professor Doutor João Tiago Cardoso Gonsalves Mourão**, Professor Associado e Regente da disciplina de Prosthodontia Fixa da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, que me deu o prazer da sua orientação e me motivou permanentemente para a realização deste suporte teórico e com quem compartilho como objetivo, num futuro próximo, a realização de um catálogo ilustrativo, de fácil compreensão para os doentes da faculdade, com as várias opções e alternativas de reabilitação oral.

Agradeço ainda ao **Dr. Álvaro Esteves** e ao **Dr. Manuel Silva Pereira**, ambos com uma longa carreira especializada na área da comunicação e diplomacia, que, sendo atuais alunos de Doutoramento no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, muito me ajudaram no acesso a bibliografia concreta sobre teoria geral da comunicação e aplicação desta à área da saúde.

À **Professora Ana Gisela Silveira**, Mestre em Didática do Português, deixo também um enorme agradecimento pelo lugar de destaque que me coloca no seu seio familiar e por todo o seu apoio, nunca recusado, de revisão deste texto. Foi sempre incansável, mesmo entre tantas horas de trabalho e sem dormir.

O médico dentista deve informar e esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico e terapêutica que pretende aplicar, bem como transmitir a sua opinião sobre o estado de saúde oral do doente.

Código Deontológico

Artº 17º, ponto 1

Resumo

Objectivo: O propósito desta revisão bibliográfica foi o de salientar as principais técnicas que permitem ajudar a melhorar a abordagem dos médicos dentistas aos seus doentes, cimentando esta relação profissional e trazendo daí benefícios para a sua prática clínica.

Materiais e Métodos: A pesquisa foi realizada durante os meses de Fevereiro e Março de 2013 na biblioteca do Instituto Karolinska, em Estocolmo, na Suécia, utilizando a base de dados da Literatura Internacional, MEDLINE. Dos 388 resultados restringidos a artigos em inglês, disponíveis na sua versão completa, acessíveis à biblioteca, referentes unicamente a seres humanos e que incluíssem revisões sistemáticas, meta-análises e revisões que fossem consideradas relevantes para a pesquisa, consideraram-se 52 artigos. As listas de referência bibliográfica dos artigos incluídos foram também utilizadas para citações adicionais.

Na execução do ponto I, a consulta de dados estatísticos foi realizada através dos *sites* institucionais de referência para cada matéria discutida.

Resultados: As técnicas de comunicação exploram formas verbais e não verbais, bem como o *marketing* externo (que é alusivo à publicidade) e o *marketing* interno, o qual faz referência aos valores humanos no consultório. A postura do médico dentista deve incidir na perceção específica e preferencial de compreensão de cada doente de forma individual, devendo, neste sentido, conhecer os fatores que mais os satisfazem e os fazem regressar ao consultório.

Conclusão: Uma comunicação efetiva deve permitir a consciencialização do conceito de saúde e respetivos riscos, a aceitação do plano de tratamento, maiores taxas de cumprimento das recomendações e, conseqüentemente, uma maior satisfação de todos os envolvidos, assim como permitir a construção de uma relação de lealdade e fidelidade a longo prazo.

Palavras-chave: "*Dentista-doente*", "*comunicação*", "*técnicas*", "*adesão ao tratamento*", "*marketing*".

Abstract

Objective: The purpose of this literature review was to point out the main techniques that can help to improve the approach of dentists to their patients, cementing this relationship work and then bringing benefits to their private practice.

Methods: The survey was conducted during the months of February and March 2013 in the library of the Karolinska Institute in Stockholm, Sweden, using the database of the International Literature, MEDLINE. Of the 388 results restricted to English language articles available in full version, accessible to the library, referring only to human beings, and including systematic reviews, meta-analyzes and reviews that were considered relevant to the search, 52 articles were considered. The bibliographic reference lists of the included articles were also used for additional citations.

In implementing Section I, the query for statistics data was performed using institutional reference sites to each subject discussed.

Results: Communication techniques exploit the verbal and non-verbal as well as external marketing (which is allusive to advertising) and internal marketing, which refers to human values in the office. The posture of the dentist should focus on specific perception and preferred understanding of each patient individually, and in this sense, to know the factors that satisfy them and make them return to the office.

Conclusion: Effective communication should allow the awareness of the concept of health and associated risks, acceptance of the treatment plan, a higher rate of compliance of the recommendations and, consequently, greater satisfaction of all involved, as well as building a relationship of loyalty and long-term fidelity.

Key-words: *"Dentist-Patient", "communication", "technical", "adherence", "marketing"*.

Índice

Introdução.....	1
I – Considerações sobre a realidade socioeconómica em relação ao exercício profissional em Portugal.....	2
1. Crise económica e social.....	2
1.1 Enquadramento europeu.....	2
1.2 Os números da crise em Portugal.....	2
1.2.1 número de desempregados.....	2
1.2.2 Rendimentos e despesas familiares.....	2
1.2.2.1 Rendimentos.....	2
1.2.2.2 Receitas.....	3
1.2.2.3 Despesas.....	3
2. Estatística em medicina dentária.....	3
2.1 Os números do presente e projeções do futuro em Portugal.....	3
2.1.1 Relação população/”dentistas”.....	3
2.1.2 Número de universidades e <i>numerus clausus</i>	4
2.1.3 Número de formados por ano.....	4
2.1.4 Evolução do número de associados ativos.....	4
2.1.5 Projeção do número de médicos dentistas.....	5
2.2 Comparação com outras realidades europeias.....	5

II - Estratégias de comunicação na relação médico doente em medicina dentária	6
1. Comunicação	6
1.1 Definições e conceitos.....	6
1.2 Comunicação médica.....	6
1.3 Importância da comunicação na prática clínica do médico dentista.....	7
1.3.1 A área delicada da medicina dentária.....	7
1.3.2 O conceito de equipa.....	7
1.4 Objetivos do estabelecimento de comunicação no consultório.....	8
1.5 Vantagens do estabelecimento de comunicação no consultório.....	9
2. Estratégias de Comunicação	9
2.1 Tipos de Comunicação.....	9
2.1.1 Discurso.....	9
2.1.1.1 O discurso aplicado à equipa de trabalho.....	10
2.1.1.2 O discurso no contato com o doente.....	10
2.1.2 Escrita e multimédia.....	11
2.1.2.1 Panfletos e artigos na comunicação social.....	11
2.1.2.2 Linguagem gráfica.....	12
2.1.2.3 <i>Internet</i>	14
2.1.2.4 Logística e publicidade do consultório.....	14
2.1.3 Leitura.....	15

2.1.4 Escuta.....	16
2.1.4.1 Linguagem Corporal.....	17
2.1.4.2 Atitude.....	18
2.1.5 Ambiente.....	18
2.2 <i>Marketing</i> na comunicação: externo e interno.....	19
2.2.1 Estratégias que potenciam <i>marketing</i> interno.....	20
2.2.1.1 Retribuição.....	20
2.2.1.2. Telefonema.....	20
2.2.2.2.1 Diálogo e postura telefónica.....	20
2.2.2.2.2 Após a consulta.....	21
2.2.2.3 Lembrete.....	21
2.2.2.4 Recompensa.....	22
2.2.2.5 Referenciação.....	22
3. Da teoria à prática: um modelo de abordagem.....	22
3.1 A postura do médico dentista.....	23
3.2 A abordagem em função do poder de perceção.....	23
3.2.1 Abordagem visual.....	24
3.2.2 Abordagem auditiva.....	24
3.1.3 Abordagem sensitiva.....	24
4. Avaliação da efetividade da comunicação e satisfação dos doentes.....	25
4.1 Fluxo de doentes.....	26

4.2 Adesão ao tratamento.....	26
4.3 <i>Follow up</i>	26
4.4 Fatores no consultório e na consulta.....	27
4.5 Fatores antropológicos e culturais.....	27
Considerações Finais	29
Bibliografia	XV
Anexos	XXV

Introdução

Em 2002 e de acordo com a literatura internacional de referência em sociologia da saúde, um grupo de investigadores portugueses caracterizou os hábitos gerais de saúde da população com base nos cuidados que estes mantinham em relação à saúde oral e oftalmológica. Dos 2 537 inquiridos, 169 (6,7%) nunca tinham ido ao médico dentista, sendo que apenas 33,5% (849) o tinha feito no último ano (Cabral VM et al, 2002). Uma década depois, parecem não existir dúvidas de que os hábitos dos portugueses tenderão a transformar-se mais, motivados pela procura de novas estratégias que permitam uma melhor rentabilização dos orçamentos familiares. Naturalmente, a tendência será para que os cuidados de saúde oral – na sua maior parte apenas acessíveis em consultórios privados - sejam colocados, cada vez mais, para segundo plano pela maioria da população, não esclarecida ou esclarecida, mas que é obrigada a fazer escolhas.

Por outro lado, o número crescente de profissionais de saúde oral na prática de medicina dentária revela um nível galopante, algo que tem preocupado a classe, tendo em vista a densidade populacional do país, os reduzidos postos de trabalho desta área na função pública e a consequente dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral por grande parte da população. Neste sentido, torna-se imprescindível que as clínicas e as instituições de saúde, onde se incluem as faculdades, implementem novas estratégias de mercado, que estejam mais adequadas ao contexto da realidade económica nacional.

É com base nestas premissas que nasce esta dissertação sobre “estratégias de comunicação”. Este é um tema que surge em plena época de crise em Portugal, mas que não é exclusivo desta conjuntura, pois já há largos anos que a área da saúde é vista pelos seus agentes numa perspectiva de negócio e consumista. Desde as perspetivas clássicas de comunicação até às mais modernas, ao longo do texto serão explanadas as principais estratégias de comunicação na relação médico doente em medicina dentária. Nos dias de hoje, adquirir conhecimentos sobre esta área é fundamental para ajudar a desenvolver um melhor comportamento dos profissionais em consultório e, em consequência, poderem retirar-se benefícios para o crescimento de cada prática clínica em particular e da forma como a Medicina Dentária é reconhecida em geral.

I

Considerações sobre a realidade socioeconómica em relação ao exercício profissional em Portugal

1. Crise económica e social

1.1 Enquadramento europeu

Em Março de 2013, a taxa de desemprego em Portugal era a terceira maior dos países que integram a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), registando um valor de 17,7%, apenas atrás da Grécia e Espanha, que lideravam os dois primeiros lugares com valores de 26,8% e 26,7%, respectivamente – *vide* Anexo A: Tabela 1 (Eurostat, 2013).

1.2 Os Números da crise em Portugal

1.2.1 Número de desempregados

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população desempregada, no ano de 2012, ascendeu a um total de 860,1 mil pessoas, mais 154,0 mil pessoas do que no ano de 2011, o que corresponde a um aumento de 21,8% de 2011 para 2012 (INE, 2013).

1.2.2 Rendimentos e despesas familiares

1.2.2.1 Rendimentos

Segundo a Base de Dados Portugal Contemporâneo, em 1990 o valor médio do rendimento bruto dos agregados por Modelo 1 + 2 do IRS foi estimado em 7,1 milhares de euros, aumentando para mais do dobro em 2010, para um valor aproximado de 18,3 milhares de euros – *vide* Anexo B: Tabela 2 (Pordata, 2013).

1.2.2.2 Receitas

A média das categorias sócio-económicas aponta para um crescimento do rendimento médio anual líquido dos agregados domésticos privados.

Em 1990, este rendimento total era estimado em 7 736 euros, valor que aumentou para mais do dobro em 2000, rondando os 16 585 euros – *vide* Anexo C: Tabela 3 (Pordata, 2013).

Quando comparados os rendimentos médios anuais líquidos dos agregados domésticos privados por principal fonte de receita é possível verificar igualmente um crescimento: de um valor de 7 736 euros em 1990, aumentou-se para 16 585 euros em 2000, registando-se, em 2009, ainda um aumento do valor para 23 811 euros – *vide* Anexo D: Tabela 4 (Pordata, 2013).

1.2.2.3 Despesas

Entre 1995 e 2010 a percentagem das despesas de consumo final no total do rendimento disponível das famílias não aumentou substancialmente, como é possível observar no valor registado em 1995 de 89,2% para 90,9% em 2010.

Não obstante, quando se observa a média, em numerário, das despesas de consumo final das famílias denota-se uma diferença no mesmo período de tempo de mais de 10 000 euros por ano, isto é, de 17 514,40 euros, em 1995, para 29 220,40 euros, em 2010. Ainda assim, se reflectido por tipo de bens e serviços, é possível notar que, tanto em 1995 como em 2010, as despesas relativamente à saúde se encontram numa posição baixa na lista das prioridades (9º lugar) – *vide* Anexo E e Anexo F: Tabela 5 e Tabela 6 (Pordata, 2013).

2. Estatística em medicina dentária

2.1 Os números do presente e projecções do futuro em Portugal

2.1.1 Relação população/”dentistas”

Segundo o *EU Manual de Dental practice* (Council of European Dentists - CED, 2012), a relação população/médicos dentistas em Portugal apresenta um rácio de um médico dentista por cada 1 503 habitantes (Ordem dos Médicos Dentistas - OMD, 2012).

Se se adicionarem o número de médicos estomatologistas, bem como o número de odontologistas sem formação académica, a relação aumenta para um “dentista” por cada 1 239 habitantes.

De notar – sendo que este assunto ganhará destaque de novo mais à frente neste trabalho - que o valor médio preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a manutenção da qualidade de vida da profissão, na região da Europa Ocidental, é de um médico dentista por cada 2 000 habitantes (OMD, 2012).

2.1.2 Número de Universidades e *Numerus clausus*

Ao todo, são sete as Instituições do Ensino Superior que ministram o curso de medicina dentária em Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, Centro Regional das Beiras da Universidade Católica Portuguesa e Universidade Fernando Pessoa (Direção-Geral do Ensino Superior - DGES, 2013).

Apenas contabilizando a primeira fase e não tendo em conta concursos especiais, o número de vagas de acesso ao curso de medicina dentária ascende a 556 alunos por ano (DGES, 2013).

2.1.3 Número de formados por ano

Entre o ano lectivo 2000/2001 e 2009/2010 formaram-se 6 192 profissionais de medicina dentária nas universidades portuguesas (DGES, 2013).

Uma vez que estes dados incluem todos os diplomados na área das ciências dentárias (médicos dentistas, higienistas orais e técnicos de prótese dentária), estes números corroboram os dados apresentados, em 2007, pelo CED em que existe uma média de 425 diplomados, por ano, em Portugal.

2.1.4 Evolução do número de associados ativos

Recuando aproximadamente duas décadas, é possível verificar o crescimento exponencial do número de associados ativos na OMD portuguesa: em 1993,

contabilizavam-se 878 médicos dentistas associados e, em 2011, perfeitamente um total de 7419.

Isto significa que, em menos de vinte anos, se registaram aproximadamente mais de 6 500 novos profissionais (OMD, 2012).

2.1.5 Projeção do número de médicos dentistas

Na eventualidade de se manterem as taxas de crescimento do número de associados na OMD, que se verificaram no período de 1993 a 2009, isto é, 6,97%/ano, é possível perspetivar que o número de médicos dentistas, até 2016, possa ascender a um valor estimado de 11 510 profissionais (OMD, 2012), o que – considerada a população portuguesa de 10 617 575 de habitantes (CED, 2007) - corresponderá a um rácio de um médico dentista por cada 1 084 habitantes, aproximadamente metade do valor de referência da OMS.

2.2 Comparação com outras realidades europeias

De uma forma comparativa, importa salientar que na Holanda, país que em várias matérias se utiliza para comparar com Portugal, devido às suas parecidas realidades geográficas e económico-sociais, para uma população de aproximadamente 16 milhões de habitantes, o rácio “dentista”/população é 1,866, apenas existem três universidades e a média de formados por ano é 226 e 300 novos estudantes. Também na Suécia, onde a população ronda os 9 milhões de habitantes, embora o rácio “dentista”/população seja de 1,239, apenas existem quatro universidades e o número de graduados por ano é de aproximadamente 166, sendo que entram, anualmente, para o primeiro ano 247 alunos – *vide* Anexo G: Tabela 7 (CED, 2007).

II

Estratégias de comunicação na relação médico doente em medicina dentária

1. Comunicação

1.1 Definições e conceitos

A palavra comunicar deriva do latim *communicare*, cujo significado é “pôr em comum” e estabelecer o entendimento entre as partes envolvidas (Chaveiro N et al, 2009).

Quebin NR, no seu livro *Communicate Like a Pro* (1983), refere que a comunicação é uma faculdade intrínseca aos humanos, pois “não se pode comunicar com computadores”. São as pessoas que têm necessidades, desejos, ideias, valores, sentimentos, capacidade para perceber, pensar e tirar significados de imagens e símbolos (Griffin AP, 1991).

Em 1993, Covello VT defendeu que a comunicação efetiva não é uma atividade reflexa, mas sim uma disciplina que requer conhecimento, preparação, treino e prática (Mandel ID, 1994) e o mesmo foi reforçado por Giampieri M, em 2012.

1.2 Comunicação médica

Em medicina, tem-se caminhado, cada vez mais, no sentido da centralização do doente, valorizando-se a sua autonomia em aceitar ou recusar qualquer procedimento (Griffin AP, 1991; Guadagnoli E, 1998; Lussier M-T, 2005; Giampieri M, 2012). Isto significa que o conceito clássico de comunicação, através da relação paternalista do médico (Teutsch C, 2003), tem vindo a ser abandonado. Em consonância, Griffin AP (1991) defende que uma comunicação astuta e hábil trabalha no sentido de atribuir significados positivos para as imagens, símbolos e dá especial importância à linguagem falada e corporal, pois as técnicas de comunicação e persuasão para a adesão a um plano de tratamento vão para além das formas verbais (Bonner P, 1985).

1.3 Importância da comunicação na prática clínica do médico dentista

1.3.1 A área delicada da medicina dentária

A medicina dentária é talvez a mais pessoal de todas as áreas de saúde, uma vez que os médicos dentistas tratam a cavidade oral, o centro biopsicosocial da pessoa. Este é, na maioria dos casos, um cuidado eletivo (Griffin AP, 1991).

Ailes R, na sua obra *You are the message* (1995), refere que os primeiros sete segundos de contato com outra pessoa são suficientes para construir uma opinião. Tal fato alerta para a importância da empatia no primeiro encontro no consultório (Griffin AP, 1991), visto que o crescimento da prática clínica requer o fluxo de novos doentes que precisem de tratamento (Devore PR, 1995) e "não existem segundas oportunidades para causar uma primeira boa impressão" (Moore VA, 1997).

Muitos profissionais de saúde oral têm demonstrado alguma dificuldade em entender que a sua profissão vai muito para além das restaurações, dos sistemas de adesão e das destarizações e que uma das suas primeiras e principais atividades é o estabelecimento da ciência da comunicação, sobretudo com os seus doentes (Beck RS, 2002). Nos consultórios, os doentes vêem nos médicos dentistas uma oportunidade para reforçar os seus conhecimentos (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994). Esta premissa é especialmente válida quando se tratam de doentes novos, pois estes tendem a ser menos tolerantes que os mais antigos (Buller MK e Buller DB, 1987; Street RL e Wiemann J, 1987; Matakis S, 2000).

1.3.2 O conceito de equipa

A comunicação é entendida como a chave para o sucesso de uma boa prática clínica e respeitada, tanto na relação médico doente, como no seio da equipa de trabalho (Kress GC Jr, 1988; Griffin AP, 1991; Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994). A verdadeira integração de um doente num consultório é atingida quando o médico e a sua equipa de trabalho têm uma atitude participativa e definem programas de comunicação em conjunto (Bonner P, 1985; Lussier M-T, 2005).

Desta forma, o fortalecimento desta cadeia de relações depende da abertura de comunicação existente entre os profissionais de saúde (Griffin AP, 1991) e, por sua vez,

aquela que é transmitida aos doentes (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994; Lussier M-T, 2005).

Quando bem explorada, a comunicação pode ser a "cola universal" que liga os intervenientes através de ideias, pensamentos e emoções (Bonner P, 1985; Griffin AP, 1991), proporcionando uma prática personalizada e exclusiva para cada doente.

É deveras importante a dinâmica que se estabelece num mundo em constante evolução. Tanto na prática clínica privada, como de um ponto de vista académico e de investigação (Griffin AP, 1991; Beck RS, 2002), só uma equipa motivada e com objetivos em comum é capaz de se manter atualizada cientificamente e consegue cumprir com as diversas etapas de um plano de tratamento (Kress GC Jr, 1988). Neste aspeto, a clínica ter um centro de formação contínua para os seus internos, assim como ministrar cursos para outros colegas externos é um sinal de diferenciação e de credibilidade.

Outro fator revelador da dinâmica e segurança que um médico dentista é capaz de introduzir na sua clínica é a aceitação de estudantes universitários para assistir às suas consultas (Beck RS, 2002).

1.4 Objetivos do estabelecimento da comunicação no consultório

Ao nível do contato com os doentes, pretende-se que os profissionais de saúde oral cumpram o seu dever ético e moral, construindo uma boa relação pessoal (Griffin AP, 1991). Devem utilizar sempre a verdade como o principal fator de adesão ao tratamento. Também o estabelecimento de uma boa comunicação, mostrando disponibilidade para questões que possam surgir, e fornecer literatura sobre saúde são fatores essenciais para promover a participação dos doentes no decorrer dos processos clínicos (Lussier M-T, 2005; Ishikawaa H et al, 2009).

É igualmente importante que o médico e a sua equipa comuniquem, tanto sobre a necessidade de tratamento, como sobre as várias alternativas, incluindo a sua preferência, de forma fundamentada e as consequências da não adesão (Griffin AP, 1991). Entre outras, são este tipo de ações que ajudam a promover a educação na população mais "leiga" sobre os cuidados de saúde oral (Ishikawaa H et al, 2009) e a sua importância.

1.5 Vantagens do estabelecimento de comunicação no consultório

O estabelecimento de comunicação diretamente entre o médico dentista e o doente permite a troca de informações úteis (Ishikawaa H et *al*, 2009). Destas destacam-se, de forma evidente, a consciencialização do conceito de saúde e dos respetivos riscos (Osterberg L e Blaschke T, 2005; Ancker JS et *al*, 2006; Zolnierek KBH e DiMatteo MR, 2009). Quando isto acontece, beneficiam-se as partes e normalmente realizam-se os tratamentos de forma mais rápida e eficaz (Griffin AP, 1991), visto que existem evidências de que 50 a 75% dos doentes são mais cooperantes quando bem esclarecidos (Vermeire E et *al*, 2001; DiMatteo MR, 2004; Zolnierek KBH e DiMatteo MR, 2009). Ademais, uma boa comunicação permite alcançar uma maior taxa de cumprimento das recomendações associadas ao tratamento (Kress GC Jr, 1988; Griffin AP, 1991) e, conseqüentemente, uma maior satisfação dos doentes (Kress GC Jr, 1988), assim como melhores resultados e a construção de relações de lealdade e fidelidade de parte a parte (Griffin AP, 1991).

Não menos importante, ao contrário do que se possa julgar, de acordo com Kaplowitz GJ (1999), a aceitação do plano de tratamento depende mais da habilidade do médico dentista em comunicar do que da sua capacidade técnica.

2. Estratégias de Comunicação

2.1 Tipos de Comunicação

A ciência da comunicação é visível num campo verbal e não verbal, onde se destacam as áreas do discurso, da escrita, da leitura, da escuta, da linguagem corporal (Griffin AP, 1991), da atitude (Kress GC Jr, 1988) e do ambiente (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994).

2.1.1 Discurso

Durante o discurso, a mensagem comunicada oralmente é enviada de um emissor para um receptor (Teutsch C, 2003). Contudo, por vários motivos, esta pode não ser sempre bem percebida. Isto aplica-se tanto no seio da equipa de trabalho, como quando estabelecida do médico para o doente e vice-versa (Schei E et *al*, 2000).

Os resultados da relação entre a comunicação da mensagem e a forma como esta é transmitida mostram que não se deve falar monocordicamente, nem usar um tom

elevado ou emitir sons anasalados (Moore VA, 1997). Matakí S, no ano 2000, acrescentou que a linguagem deve ser apropriada, tendo em consideração o “QI dentário” dos doentes, isto é, para que se seja o mais claro possível (Griffin AP, 1991), deve recorrer-se a palavras simples e analogias que proporcionem uma melhor compreensão, evitando “brincadeiras em excesso” e limitando a quantidade de informação (Moore VA, 1997; Matakí S, 2000; Beck RS, 2002).

No que diz respeito ao ritmo do discurso, este deve ser natural e variado, num tom amigável, sincero e confiante, carregado de energia e empatia, mas nunca demasiado entusiástico, agressivo ou tímido (Griffin AP, 1991; Moore VA, 1997). Como regra, deve ter-se em conta que os doentes entendem melhor a informação médica quando esta é dita lentamente (Safeer RS e Keenan J, 2005). A título de exemplo, se um parágrafo de 150 palavras demora 80 segundos a ser lido de forma lenta, discursar o mesmo não deve ser em menos de 50 segundos, sendo um minuto o tempo certo (Moore VA, 1997).

2.1.1.1 O discurso aplicado à equipa de trabalho

De forma a melhorar a comunicação no seio da equipa de trabalho, Griffin AP sugeriu, em 1991, a realização de exercícios indicadores do tipo de comunicação preferido de cada membro da equipa e a partilha de informação específica vocacionada à exigência de cada personalidade e cada posto de trabalho. A calendarização de encontros de equipa regulares, com sistema de rotação na liderança da reunião e a abordagem frequente sobre aquilo que pensam e a forma como estão a lidar com o trabalho, tanto individualmente como em grupo, foram a segunda e terceira proposta. Denotou ainda, em concordância com Bonner, em 1985, que a apreciação do médico dentista sobre a sua equipa em frente ao doente, com a mesma presente, é também um atributo importante. Fazer um *briefing* todas as manhãs, antes das consultas, com toda a equipa de trabalho, de forma a discutir cada caso e saber se todos estão familiarizados com os doentes em questão, é outra estratégia adotada pelo autor (Bonner P, 1985).

2.1.1.2 O discurso no contato com o doente

Griffin AP (1991) enumerou oito momentos críticos para o estabelecimento de uma boa comunicação e esta ser a base de relações de confiança a longo prazo: 1) o momento da chamada telefónica para a marcação da consulta; 2) a chegada ao

consultório e a respetiva saudação; 3) a espera na sala da receção, 4) o tratamento; 5) a marcação de uma nova consulta; 6) o pagamento; 7) a despedida e 8) o contato telefónico *à posteriori*. De salientar que basta uma perceção positiva pelo doente nos três primeiros momentos, para este ter uma atitude mais positiva para com o seu "novo" médico dentista (Moore VA, 1997).

As palavras têm um impacto enorme na relação. Embora, por vezes, "um sorriso possa valer por mil palavras", no sentido de se executar um bom trabalho técnico e este ser reconhecido, existem algumas expressões e formas de estar sobre as quais se deve ter especial atenção e cuidado (Beck RS, 2002).

Por exemplo, o termo "sala de espera" deverá ser substituído por "sala da receção". O mesmo se pode suceder com o termo "bloco operatório", que poderá ser chamado de "sala de tratamentos". Alguns médicos dentistas preferem mesmo chamar os gabinetes por cores "sala azul" ou "sala dourada". Também em relação à apresentação dos orçamentos, a palavra "taxa" é sempre preferível a "preço" e "considere como um investimento nos seus dentes..." ao invés de "o trabalho irá custar 300 euros" é uma melhor forma de expressão. Do ponto de vista técnico, também devem existir algumas considerações. É melhor dizer um "penso curativo" do que uma "restauração temporária", pois a segunda é mais facilmente entendida como um tratamento extra que necessita de pagamento acrescido. Dever-se-á utilizar a expressão "fazer um exame clínico" e não "check-up", pois a última transmite a sensação de um procedimento rápido e fácil e a primeira justifica claramente uma necessidade de tempo para alcançar um diagnóstico preciso (Bonner P, 1985).

Em relação à marcação da consulta seguinte, a comunicação verbal torna-se de novo imprescindível. Por norma, em vez de questionar o doente sobre quando é que prefere voltar, dever-se-á perguntar se prefere de manhã ou de tarde, pois obriga-o a responder de forma clara. E, em seguida, oferecem-se-lhe duas opções de horário mediante a escolha prévia (Bonner P, 1985).

2.1.2 Escrita e multimédia

2.1.2.1 Panfletos e artigos na comunicação social

O uso de panfletos ou *flyers* informativos que respondam às questões mais comuns, elaborados pela equipa de trabalho ou requisitados a organizações que os

providenciem, são excelentes ideias para comunicar por escrito, tanto com doentes novos, como com curiosos, oferecendo-lhes a possibilidade de se esclarecem sobre assuntos específicos (Bonner P, 1985; Beck RS, 2002). Através deste meio, a clínica pode aproveitar para ganhar credibilidade e publicidade junto de desconhecidos. Contudo, Covello VT (1993) salienta que esta técnica pode não ser suficiente, especialmente quando estes documentos não contêm o discurso apropriado ao público alvo, não são devidamente entendidos (Mandel ID, 1994) ou de alguma forma vão contra os limites de publicidade definidos pelo código deontológico (Código Deontológico da OMD Artº 25, pontos 1), 2) e 3), 2013). Nestes casos, Ancker JS et al. (2006) sugerem mesmo que os doentes possam colocar em causa a credibilidade da informação por não ser entendível e por ser demasiado “comercial”, sendo que os próprios colegas também podem criticar e denunciar.

Uma excelente forma de um médico dentista comunicar ao público informações sobre saúde oral é através da elaboração de uma coluna semanal ou mensal para um jornal ou revista. Ao fazê-lo, está a criar, de forma credível, uma boa impressão do seu nome e de confiança no seu trabalho, ajudando os potenciais doentes a ficarem previamente esclarecidos e a conhecer possíveis soluções de tratamento (Beck RS, 2002; Zolnierek KBH e DiMatteo MR, 2009). Ao deixar as revistas ou jornais disponíveis na sala da receção, poderá também criar empatia nos atuais, pois sentem que o seu médico dentista é respeitado socialmente e na sua classe profissional.

Ao reproduzir também esses textos na página da clínica na *internet*, nas redes sociais ou no seu *blog* pessoal poderá chamar a atenção de mais pessoas, principalmente as mais chegadas, mas que podem não conhecer a plenitude do trabalho desenvolvido.

2.1.2.2 Linguagem gráfica

A comunicação gráfica, com recurso a fotografias, vídeos, desenhos e símbolos, ajuda a eliminar “ruídos” da mensagem que se transmite, em particular quando o discurso é difícil ou escasseia (Willershausen B et al, 1999). Isto acontece particularmente na presença de doentes com deficiências intelectuais (Ishikawaa H et al, 2009) ou idosos, os quais são particularmente afetados pelo défice de leitura e compreensão, faculdades que estão influenciadas pelo seu estado visual e cognitivo. Aos últimos, deve ser reforçada a ideia da comunicação através de fotografias (Safeer RS e Keenan J, 2005; Williams SL et al, 2007).

Os gráficos e esquemas são uma alternativa atraente para a comunicação de números, uma das maiores dificuldades de expressão (Beck RS, 2002). No entanto, Ancker JS et al (2006) referem que alguns destes requerem processos de raciocínio analítico para a devida interpretação de dados, que quando não treinados ou quando testados em pessoas idosas ou sob a influência de *stress*, podem ser de difícil compreensão.

Recentemente, o uso da câmara intraoral ganhou especial destaque nos consultórios dentários. Trata-se de uma técnica que aprimora a imagem profissional do médico dentista e entusiasma a equipa de trabalho. Por outro lado, motiva também o doente, suscitando-lhe interesse e curiosidade. Primeiro pela tecnologia, que é de fácil manuseamento. Depois pelo procedimento clínico, que permite a observação da cavidade oral como um todo e mostra o propósito do tratamento. Sem dúvida de que a câmara fomenta a interação e dinâmica da equipa nas etapas de coparticipação, codescoberta, codiagnóstico e co-ratamento, aumentando as capacidades de diagnóstico e diminuindo o tempo de explicação. Desta forma, consegue-se aumentar a credibilidade, bem como a percentagem de aceitação, aumentando a adesão ao tratamento e a valorização dos procedimentos orais (Singer BA, 1995; Willershausen B et al, 1999; Breen GM, 2009).

Outra peça que se tornou usual na prática clínica é a utilização da máquina fotográfica e da macrofotografia. As fotografias deixaram de servir apenas como forma de relatar os casos e passaram a ter um papel fundamental no diagnóstico global, planeamento e apresentação do plano de tratamento aos doentes, servindo como elemento indispensável na comunicação dos resultados que se pretendem alcançar (Ward DH, 2007; Ahmad I, 2009; Goodlin R, 2011), bem como, servindo de exemplo dos resultados alcançados anteriormente noutros casos clínicos.

Coachman C (2012) tem vindo a divulgar um novo conceito, que apelidou de *Digital Smile Design*. No fundo, é uma técnica que visa melhorar a análise estética e a comunicação interdisciplinar entre médicos dentistas, especialistas, técnicos de prótese dentária e, especialmente, com o doente, proporcionando-lhe assim um sorriso harmonioso que satisfaça as suas necessidades funcionais, estéticas e emocionais. O protocolo proposto, realizado todo ele digitalmente, pretende melhorar o diagnóstico, a

comunicação e a previsibilidade das reabilitações estéticas, bem como contribuir para um aumento significativo da taxa de aceitação dos tratamentos sugeridos aos doentes.

2.1.2.3 Internet

Com o aumento da utilização da *internet*, torna-se necessário o médico dentista recorrer também a este recurso comunicacional (Knott Nj, 2013). Ter disponível a sua clínica na *world wide web* é não só um sinal de adaptação aos tempos mais modernos (Schleyer TK, 1999), mas também um espaço onde os potenciais doentes podem fazer uma "visita guiada" à clínica e ficar com vontade de a visitar. Contemplar no *site* oficial dados referentes à clínica, como os contatos e morada, constituição da equipa clínica, casos clínicos e testemunhos são fortes sinais de segurança que se transmitem. Criar também uma página da clínica nas redes sociais, com atividade e atualizações diárias, é uma forma de criação de novos contatos muito importante. Existem ainda alguns médicos dentistas mais arrojados que gostam de responder a perguntas *online* ou através do seu *blog* (Breen GM et al, 2009). No mundo das aplicações e *smartphones*, também existe ainda muito por explorar.

Em relação à importância do contato através de correio eletrónico, White CB et al (2004) detetaram que a maioria dos doentes que eram abordados pelo seu médico dentista através deste recurso, quando devidamente informados sobre a natureza e a importância do tratamento, seguiam atentamente as suas orientações.

Apesar do futuro promissor desta plataforma e a sua utilização ser evidentemente crescente, a adesão a esta estratégia ainda tem sido lenta (Brooks RG e Menachemi N, 2006), uma vez que as principais barreiras se relacionam precisamente com a adesão dos médicos dentistas (White CB et al, 2004; Brooks RG e Menachemi N, 2006).

2.1.2.4 Logística e publicidade do consultório

Aos olhos dos doentes, a qualidade do trabalho clínico também está patente em toda a documentação da clínica e naquela que é utilizada para a referenciar (Lefcoe S, 1977; Griffin AP, 1991).

No consultório, todas as comunicações escritas devem incluir o logotipo da clínica e todo o estacionário – papel de carta e fax, envelope e cartões de visita – deve

ser à mesma imagem. Neste aspecto, assume-se de especial importância que a apresentação dos orçamentos seja escrita a computador em papel de carta da clínica. Outros documentos importantes são a agenda clínica, os lembretes da dinâmica de trabalho dos profissionais, como sejam os dias de trabalho e de férias, o protocolo de emergência médica e o protocolo de emergência em caso de incêndio (Beck RS, 2002).

Do ponto de vista clínico, a documentação de história clínica e respetivo arquivamento, assim como os consentimentos informados para tratamento e para sedação são da máxima importância (Griffin AP, 1991; Kaplowitz GJ, 1999). Acerca destes, torna-se fundamental perceber que não se tratam apenas de "assinaturas", mas sim de uma autorização voluntária, após toda a compreensão dos riscos envolvidos, do diagnóstico e tratamento (Leclercq WKG et al, 2000), o que pressupõe a máxima informação e esclarecimento, para que não exista uma desconexão daquilo que se pretende comunicar (Brenner LH et al, 2008).

No que toca à publicidade da clínica, há que garantir que esta se encontra dentro dos limites impostos por lei, que respeite o código deontológico (Código Deontológico da OMD Artº 25, pontos 1), 2) e 3), 2013). e que toda a informação escrita esteja correta, sem erros gramaticais, nem ortográficos ou ausência de letras no meio das palavras (Griffin AP, 1991; Kaplowitz GJ, 1999; Beck RS, 2002).

2.1.3 Leitura

A história pregressa da saúde do doente deverá ser lida e entendida por este aquando do seu preenchimento, o que pressupõe uma linguagem acessível, acompanhada por uma leitura final do médico, de forma a esclarecer qualquer dúvida. O médico dentista deve ainda ter em atenção que existe a possibilidade de – naquele momento ou mais tarde - o doente conseguir ler o diário clínico, pelo que a linguagem e os comentários deverão ser pensados com essa preocupação (Teutsch C, 2003).

Em 1991, Griffin AP deixou a sugestão de se fomentar a leitura por parte dos membros da equipa de trabalho através da criação de uma biblioteca no consultório, com jornais, revistas e livros. Por outro lado, fomentar também a leitura por parte dos doentes parece adequado e mostra preocupação em informar com detalhe (Griffin AP, 1991; Teutsch C, 2003).

2.1.4 Escuta

A escuta é talvez a mais importante das técnicas e, simultaneamente, a menos desenvolvida. A relação médico doente deve ser vista como uma parceria, em que o médico deve estar disposto para falar, mas também para ouvir (Pandhi N e Saultz JW, 2006). A escuta é promovida através da concentração do médico, da linguagem corporal ser receptiva ao diálogo, do contato nos olhos e assentimento (Griffin AP, 1991; Moore VA, 1997). É também importante não interromper o discurso, nem exercer pressão de tempo sobre a exposição que o doente está a realizar (Griffin AP, 1991), mostrando até empatia com recurso a frases do género "Eu percebo" ou ditongos como "um-hmm" (Griffin AP, 1991; Burke FJ e Wilson NH, 1994; Böhmer MW, 2010).

Em 2010, Böhmer MW demonstrou que a empatia permite a identificação projetiva, ou seja, a ideia de ser o outro, sem o ser de fato. Sob esta influência, o destinatário não é capaz de pensar sobre o que está a acontecer, sendo obrigado simplesmente a sentir. No entanto, se o destinatário recuperar a sua capacidade de pensar, pode perder-se esta influência de identificação projetiva. É desta forma que a identificação projetiva pode funcionar como comunicação efetiva e persuasiva. Em 1997, Moore VA, acrescentou que a colocação de questões relevantes que indiquem interesse ou fazer referência a situações similares podem fortificar o interesse pela escuta. O médico dentista deverá captar as ideias essenciais e memorizar os fatos, respondendo sempre com a sua própria interpretação e avaliação, pois essa é a intenção do doente, mais do que apenas a concordância passiva (Griffin AP, 1991; Beck RS, 2002).

Covey S (1990) definiu como essencial a escuta quando sugeriu que os médicos dentistas deveriam "procurar compreender primeiro, antes de serem compreendidos". Baseado nesta sentença, Moore VA sugeriu, em 1997, a regra 80-20, na qual 80% do tempo de discurso deverá pertencer ao doente e apenas 20% ao médico dentista, especialmente na primeira consulta (Holstee EN, 1988; Burke FJ e Wilson NH, 1994), pois os doentes prestam uma atenção redobrada (Mataki S, 2000).

Tudo deve ser feito para permitir que o doente apresente o seu problema pelas suas próprias palavras, num ambiente sem barreiras entre os dois intervenientes e no qual devem estar sentados ao mesmo nível, com o olhar igualmente no mesmo plano. O médico dentista deve procurar pistas e guiar a conversa, mas apenas através de questões

abertas (Holstee EN, 1988; Burke FJ e Wilson NH, 1994; Böhmer MW, 2010), como por exemplo "Então, o que posso fazer por si?". Discursos dominantes intimidam o doente, sobretudo quando se tenta mostrar intensivamente os pontos de vista ou o poder de argumentação (Mataki S, 2000; Böhmer MW, 2010).

2.1.4.1 Linguagem Corporal

Fast J escreveu, no seu livro *Body language* (1991), que uma aproximação de dois corpos a menos de 18 polegadas é já considerada "distância íntima". De notar que esta distância é aquela em que os médicos dentistas trabalham na maior parte do tempo (Griffin AP, 1991). Isto sugere que a permissão para tratar surge essencialmente da confiança do doente, que é construída através da comunicação prévia (Griffin AP, 1991; Teutsch C, 2003; Böhmer MW, 2010).

Considera-se ainda que a adesão ao tratamento é influenciada em 55% dos casos pela linguagem corporal, pela expressão e pela aparência pessoal do médico ou equipa de trabalho, revelando que a credibilidade do discurso implícito apenas na mensagem ronda apenas os 7%, mas quando é associada a uma entoação eloquente e com projeção de voz sobe para os 38% (Griffin AP, 1991).

Durante as suas abordagens, o médico dentista deve manter um sorriso caloroso que envolva não só a boca, mas também os olhos, esboçando uma gargalhada, se for apropriada (Moore VA, 1997), mantendo sempre o contato visual (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994) e os braços abertos, de forma a reforçar a atitude com uma linguagem corporal entusiástica.

Muitos médicos dentistas reforçam esta linguagem na primeira consulta numa sala própria com ambiente informal, sem uniforme, para aumentar o conforto na clínica e aproveitar para conhecer melhor o doente (Moore VA, 1997; Böhmer MW, 2010). Sempre que a comunicação se proporcione com o doente sentado na cadeira, este deve ser recolocado para uma posição sentada e a máscara do profissional deve ser retirada (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994).

A linguagem gestual com recurso a imagens é outra abordagem útil em doentes surdos (Chaveiro N et al, 2009; Ishikawaa H et al, 2009) e é um forte sinal de profissionalismo, pois sugere que se trata de um médico dentista atento e aplicado que

procura, em todos os aspetos, que o seu trabalho dê resposta aos diferentes tipos de necessidades.

2.1.4.2 Atitude

Uma atitude positiva, que respeite os diferentes estratos sociais e estilos de vida, que seja aberta a outros pontos de vista e que demonstre conforto com qualquer questão ou objeção, conduz ao reconhecimento automático por parte do doente de que existe um interesse genuíno por parte do médico em tratá-lo (Moore VA, 1997; Beck RS, 2002).

Uma das principais razões que faz com que os doentes se tornem insatisfeitos e deixem os seus médicos dentistas está precisamente relacionada com a personalidade do médico (Bonner P, 1985; Kress GC Jr, 1988). Sempre que possível, o médico dentista deve apresentar-se aos seus doentes com um aperto de mãos, pois mostra concretamente que os reconhece como pessoas com direitos próprios (Lussier MT e Richard C, 2005; Böhmer MW, 2010) e não apenas indivíduos com um dente para tratar.

Quando se consideram géneros, a literatura mostra que os médicos do sexo feminino são mais cuidadosos e com maior poder de dedicação do que os do sexo masculino (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994).

2.1.5 Ambiente

Tanto as instalações como tudo o que cause impacto no seio da clínica pode funcionar como estratégia comunicacional (Covello VT, 1993; Mandel ID, 1994).

Em primeiro lugar, o logotipo da clínica e o nome da clínica devem ser atraentes e fáceis de memorizar. Nas recomendações dadas à equipa de criativos e profissionais de arte e *design* contratada, podem ser indicadas as seguintes palavras-chave ou derivados: branco, sorriso, saúde, credibilidade, modernidade, tecnologia (Beck RS, 2002).

Merecem igualmente destaque a aparência e a idade do prédio, o estacionamento, a decoração com diplomas na parede, a limpeza na área da receção, nos consultórios e nas casas de banho de serviço (Lefcoe S, 1977; Griffin AP, 1991). Nestas últimas é sempre importante ter espelho para que as senhoras possam retocar a maquilhagem depois da consulta (Bonner P, 1985), sendo que qualquer material ou

fluído que tenha ficado sobre a face do doente deve ser limpo pelo médico dentista ou assistente ainda no consultório.

Não menos importantes são todos os serviços que o médico possa disponibilizar e que transmitam uma preocupação acrescida pelos doentes (Griffin AP, 1991). Nestes incluem-se um telefone para os doentes utilizarem em caso de necessidade (Lefcoe S, 1977; Griffin AP, 1991) ou terem ficado sem bateria, disponibilização de sumo de laranja, café e água junto da receção (Bonner P, 1985), livros atrativos e o estado de saúde e higiene oral da equipa de trabalho, sobretudo da rececionista - o primeiro contato dos novos doentes na clínica - e o nível de energia e vibrações no consultório (Griffin AP, 1991; Böhmer MW, 2010).

Para proporcionar o máximo conforto e descontração durante a consulta pode recorrer-se ao uso de música ambiente, esquema de cores neutras (embora as cores berrantes e brilhantes funcionem bem com as crianças), ausência de sons irritantes do equipamento de trabalho e um ambiente convidativo, onde as plantas podem colaborar na manutenção de um bom odor (Bonner P, 1985; Böhmer MW, 2010). A oferta de uns *headphones* ou simplesmente tampões de silicone descartáveis são sempre boas possibilidades para combater sons irritantes e impossíveis de serem descontinuados (Beck RS, 2002).

2.2 Marketing na comunicação: externo e interno

Marketing externo, por definição, é todo aquele que é alusivo à publicidade e que tem como principal objetivo trazer novos doentes para a clínica. Contudo, a maior parte dos médicos dentistas continua a acreditar que a forma mais efetiva de o conseguir continua a ser através do *marketing* interno. A diferença entre os dois consiste em que, para o primeiro, existe um foco especial na agressividade das campanhas publicitárias para o grande público, com promoções e preços baixos e, no segundo, que a referenciação do trabalho é realizada por amigos, familiares, colegas de trabalho ou outros doentes tratados. De fato, ao longo do tempo existiu sempre uma grande importância intrínseca deste último procedimento. Em 1989, foi observado que as estatísticas que apontavam para os valores de "novos doentes referenciados por outros" rondavam os 74%, aproximadamente três quartos da esfera global (Griffin AP, 1991). Todavia, são necessários estudos mais recentes e atualizados que comprovem que esta continua a ser uma realidade atual.

2.2.1 Estratégias que potenciam *marketing* interno

Em 1995, Devore PR propôs cinco áreas que mereciam especial destaque como estratégias de *marketing* interno: a retribuição, o telefonema, o lembrete, a recompensa e a referênciação.

2.2.2.1 Retribuição

”*Networking*” ou em português ”rede social” é uma palavra cada vez mais ouvida. Ao contrário do que se pode julgar, esta é uma das estratégias mais poderosas de aproximação, pois muitas pessoas preferem negociar com alguém que já conhecem ou que seja recomendada por uma fonte de confiança. Em medicina dentária, a forma mais fácil de alguém ser recomendando é através de prévias sugestões de outros colegas de profissão, formando um circuito. Com colegas fora da esfera da saúde oral a relação pode não ser tão óbvia, mas é também importante (Devore PR, 1995).

2.2.2.2 Telefonema

2.2.2.2.1 Diálogo e postura telefónica

Deve focar-se especial atenção na receção de chamadas quando o médico dentista se encontra ocupado. A atitude a falar ao telefone é tão importante como as palavras escolhidas. O médico deve ser sempre referido pelo seu nome, sugerindo-se a seguinte abordagem: ”O Dr. Fernando está com um doente agora. Fala a Sofia, a sua secretária. De que modo a poderei ajudar?”. Esta atitude reflete atenção e cordialidade. Outra questão relaciona-se com a agenda lotada. A telefonista não se deve desculpar pelo sucedido, pois coloca a clínica na defensiva. Uma sugestão de abordagem alternativa é a seguinte: ”Dona Amélia, a agenda do Dr. Fernando hoje está um pouco completa, será que pode na terça-feira de manhã às 10h?”. É a forma mais positiva de responder à doente, pois sugere uma alternativa de forma clara. Uma palavra que deve ser utilizada astutamente é o vocábulo ”desmarcação”. O uso e abuso desta pode transmitir a frequência da situação, pelo que é preferível dizer sempre ”Dona Amélia, fique descansada. eu ligar-lhe-ei se o Dr. Fernando tiver alguma alteração na agenda”. Ainda assim, em situações de urgência, a abordagem deve ser outra: ”Dona Amélia, neste momento o Dr. Fernando está ocupado, mas, de seguida, vou falar-lhe sobre a situação que me relatou, para ver se é possível atendê-la ainda hoje. Ligo-lhe já de seguida, pode ser? Obrigada” (Lefcoe S, 1977; Bonner P, 1985).

É necessário considerar que, em situações de urgências com próteses, convém mesmo ver o doente no próprio dia, sob pena deste procurar outras alternativas. Em situações de sintomatologia, deve ser o próprio médico a ter o cuidado de ligar de volta, entender a situação, explicar o que provavelmente se trata e, eventualmente, medicar, sugerindo uma consulta nos próximos dias.

Em determinadas circunstâncias, o médico dentista pode fornecer o seu contato telefónico pessoal. Sobretudo em casos em que se possa suspeitar que o pós-operatória venha a ser complicado e se possa estender para o fim-de-semana. Da experiência relatada por vários médicos dentistas, os doentes raramente se tornam "abusadores" ou inconvenientes se devidamente informados sobre as consequências e complicações expetáveis.

2.2.2.2 Após a consulta

Nos casos e procedimentos que envolvam o uso de anestesia torna-se muito profissional o médico dentista ligar ao doente. Tal demonstra interesse pela sua saúde e bem estar e é uma atitude que o irá diferenciar. Para tal, torna-se prático fazer uma lista diária com o nome dos doentes, contatos, procedimento efectuado e o *feedback* do tratamento dado pelo doente, de forma a acompanhar rigorosamente cada caso (Devore PR, 1995).

Quando não é o médico a fazer a chamada, é importante ter noção de técnicas específicas que mantenham a etiqueta e o protocolo do estabelecimento. Quem quer que execute a chamada deve dizer sempre o seu nome, como seja, "Muito bom dia D.Amélia. Fala a Sofia. Estou a ligar por parte do consultório do Dr. Fernando. Como está?". Esta abordagem mostra cortesia, preocupação e evita confusões relativamente a quem efetuou a chamada. O nome do doente deve ser dito o máximo de vezes possível, pois denota particularidade (Bonner P, 1985).

2.2.2.3 Lembrete

Se o médico dentista não for fazer por ser lembrado no intervalo das consultas, os doentes também só se lembrarão deste perto da marcação das consultas. Existem várias técnicas para colmatar esta falha, como sejam os boletins trimestrais sobre a sua prática clínica, os cartões nos dias de aniversário dos doentes ou noutras festas

tradicionais. Afigura-se ainda importante relembrar os doentes de quais são os dias ou as semanas em que a clínica vai encerrar para férias (Devore PR, 1995).

2.2.2.4 Recompensa

A recompensa é necessária quando alguém adota um comportamento novo ou diferente que coloca a clínica numa posição vantajosa. Todos os doentes que referem o consultório devem ser recompensados de alguma forma. Ou com uma carta escrita à mão pelo médico, ou uma caneca com o logotipo da clínica ou outro *souvenir*. De forma mais ousada, para as senhoras a entrega de um ramo de flores no local de trabalho, uma hora antes da hora de almoço, com um balão a dizer "Obrigado", resulta numa enorme visibilidade da clínica e tema de conversa durante o almoço. Outra ideia é a oferta de bilhetes para o cinema, jogos ou jantares (Devore PR, 1995), proporcionando oportunidades sociais de exibição do "novo sorriso".

2.2.2.5 Referenciação

A solicitação para a referênciação da clínica deve ser dada pelo diretor clínico ou pelo médico dentista. Se este quer que o doente referencie a sua clínica, então deve ser o mesmo a solicitar-lhe, pois terá maior impacto se comparado com a rececionista. Existem três momentos chave para o fazer: no final da primeira consulta, após uma experiência positiva; no final do tratamento, quando se estabelece uma relação de cumplicidade ou, por último, o momento de ouro, que é quando o doente comenta o resultado do trabalho e o elogia (Devore PR, 1995). Nesses instantes oferecer mais do que um cartão de visita da clínica nunca ficará mal visto.

3. Da teoria à prática: um modelo de abordagem

Em 1979, Decker B fundou a *Decker Communications* e referiu que, na ciência da comunicação, a verdade e a credibilidade são sinónimos virtuais e que, de forma a que a comunicação seja realmente efetiva e persuasiva, é necessário ganhar a confiança dos ouvintes. Uma mensagem é efetiva quanto mais for consistente na informação, na forma como soa e na atitude de quem a transmite (Chewning B , 1996; Moore VA, 1997).

3.1 A postura do médico dentista

Podem existir diferentes tipos de abordagem para cada tipo de doente. Em função de cada um, as abordagens podem ser condutoras, analíticas, amáveis ou expressivas. As primeiras sabem onde querem chegar e os resultados que pretendem alcançar, sendo as suas decisões baseadas em fatos e ciência. As analíticas procuram a lógica, podendo parecer descontraídas e independentes, mas, na verdade, são cautelosas. As amáveis privilegiam as amizades, a cooperação e a aceitação dos outros, recorrendo às opiniões dos colegas para formar a sua decisão e minimizar o risco. As expressivas são normalmente energéticas, com gestos rápidos, decidem rapidamente e expressam opiniões de forma assertiva, recorrendo frequentemente à opinião de outros com experiência, em detrimento dos fatos (Moore VA, 1997).

3.2 A abordagem em função do poder de percepção

Existe um conjunto de comportamentos que são sugestivos de falta de competências de compreensão no campo da literacia sobre saúde que podem levar à insatisfação dos doentes. De entre os vários possíveis, destacam-se os momentos em que o doente pede à equipa novos esclarecimentos, quando traz alguém consigo para o ajudar a ler e quando inventa desculpas como “esqueci-me dos meus óculos” ou adia a tomada de decisões (Baker DW et al, 1996; Safeer RS e Keenan J, 2005). Nestes casos particulares, mas não raros, o médico dentista deve conduzir lentamente as consultas, não usar terminologia médica demasiado complexa e, ao invés, mostrar ou desenhar imagens para melhorar a compreensão. Este deve ainda limitar as informações dadas a cada intervenção e repetir as instruções, pedindo ao doente para demonstrar ou dizer por palavras suas o que acabou de ser dito. O médico deve ser respeitoso, atencioso e sensível, oferecendo assim a capacidade aos doentes de participarem na sua própria saúde (Williams MV et al, 2002; Safeer RS e Keenan J, 2005).

Um programa neurolinguístico pode ser usado para identificar o modo dominante de comunicação de cada doente. Este pode ser visual, auditivo ou sensitivo. Após identificar-se qual o modo dominante, a comunicação pode ganhar outra magnitude e efeito.

O melhor tipo de comunicação é aquele adequado ao tipo dominante do doente e que promova imediatamente uma interação com o mesmo. As pessoas tendem a gostar

de outras que se parecem consigo, portanto quando se estabelece a comunicação no mesmo modo dominante torna-se mais fácil sentirem-se à vontade (Kaplowitz GP, 1999).

3.2.1 Abordagem visual

Muitos doentes são predominantemente visuais, isto é, pensam e processam a informação através de imagens e utilizam um vocabulário alusivo a visualizações. Frases e palavras usadas frequentemente no modo visual assemelham-se a "eu vejo o que quer dizer", "eu consigo imaginar isso" ou "mostre-me". Este tipo de doentes, enquanto fala com o médico dentista, cria imagens na sua mente e só percebem verdadeiramente o que o médico dentista lhes diz quando compreende as suas imagens. As técnicas a adotar nestes doentes devem ser, essencialmente, a utilização da câmara intraoral, de esquemas e ilustrações e eliminar qualquer tipo de distração visual, pois tratam-se de doentes muito atentos aos pormenores que os rodeiam. Do ponto de vista do vocabulário, este também deve incluir palavras e frases com conotação visual (Kaplowitz GP, 1999).

3.2.2 Abordagem auditiva

Outros doentes são predominantemente auditivos, interrompendo frequentemente o médico dentista com várias questões para clarificar o seu significado. Frases e palavras usadas são do género: "eu estou a ouvi-lo", "soa-me bem" ou "ouça-me". As técnicas a adotar nestes doentes são: vocabulário que inclua palavras e frases com conotação sonora e tempo de explicação adequado. Neste tipo de doentes é importante ouvir com atenção todas as dúvidas e responder sempre de forma completa, pois não se dão como satisfeitos com respostas curtas, incompletas ou imprecisas e querem compreender realmente a questão na sua totalidade para a poderem memorizar e voltarem a falar dela mais tarde. Nestes casos devem ser eliminadas as distrações auditivas, como sons e ruídos de fundo, fechando a porta do consultório ou desligando a música da aparelhagem. No final, deve-se sempre perguntar se existe mais alguma dúvida ou se tudo o que foi dito ficou verdadeiramente percebido (Kaplowitz GP, 1999).

3.2.3 Abordagem sensitiva

Existem também doentes com maior afinidade para o domínio sensitivo. Este género de doentes procura estímulos e traduzem os seus sentimentos e sensações. É

muito importante para eles o fato de se sentirem bem na clínica e no ambiente envolvente. Frases e palavras usadas no modo sensitivo assemelham-se a "duro como uma pedra", "dor no pescoço" ou "pressão". As técnicas a adotar nestes doentes deve ser, na maior parte dos casos, a utilização de um vocabulário que inclua palavras e frases com conotação sensitiva, num tom moderado e típico de uma postura relaxada e convidativa ao relaxamento, proporcionando mais tempo para o desenvolvimento de sentimentos e emoções acerca do profissional e do ambiente que o rodeia. Modelos explicativos, como próteses, podem ajudar também na comunicação. É positivo permitir que os doentes toquem nos materiais, pois isto vai ajudá-los a compreender a mecânica. No caso de não existirem modelos, as ilustrações são uma opção, mas nunca tão boa. É necessário ter em atenção que este tipo de doentes são muito susceptíveis a cheiros e barulhos, pelo que se sugere a colocação do doente numa cadeira da clínica longe da sala de esterilização. As luzes devem ser colocadas de forma a proporcionar um ambiente caloroso, mas, em caso da existência de janela, é sempre preferível optar pela abertura da mesma. (Kaplowitz GP, 1999).

4. Avaliação da efetividade da comunicação e satisfação dos doentes

Uma comunicação pode ser considerada eficaz quando é visível que os doentes ficam satisfeitos e aderem aos tratamentos propostos (Hall JA et al, 1988; Ong LM et al, 1995; Stewart MA, 1995; Zolnierek KBH e DiMatteo MR, 2009).

Lussier MT e Richard C (2005) consideram que em 70 a 80% dos casos existe uma má comunicação entre os médicos dentistas e os doentes e que esta é a principal razão para os primeiros perderem 50% dos seus casos, a cada cinco anos (Kress G, 1987). Ora, dado que os doentes estão na melhor posição para julgar áreas cruciais da prática clínica (Evans RG et al, 2007), importa conhecer os fatores que mais os satisfazem.

Em 1980, Ben-Sira Z propôs que a avaliação dos doentes, relativamente à qualidade dos serviços prestados na saúde oral, englobasse duas perceções: a técnica e a afetiva, tendo em conta a diferença de perspetiva entre "cura" e "cuidado". A primeira contempla todos os aspectos que conduzem ao tratamento, como sejam o diagnóstico, o tratamento e o pós-tratamento, onde se incluem as recomendações necessárias.

Relativamente à percepção afetiva, esta engloba a interação com os doentes, a forma como estes são tratados, o tempo que se dispende com eles e o interesse manifestado (Ben-Sira Z, 1976; Ben-Sira Z, 1980; Falvo, 1988; Matakis S, 2000).

A partir de três critérios é possível observar a efetividade da comunicação: fluxo de doentes, adesão aos tratamentos e *follow-up* (Lefcoe S, 1977). Outros critérios como certos fatores no consultório e na consulta ou ainda fatores antropológicos e culturais são também relevantes para a satisfação dos doentes.

4.1 Fluxo de doentes

O fluxo de doentes pode ser controlado pelos suportes informáticos de marcação e pagamento das consultas. Isto permite economizar tempo, promover comunicação e agilizar a organização de vários doentes em curso, mantendo-os na agenda e estabelecendo um máximo controlo nos seguimentos (Lefcoe S, 1977). Segundo Covello VT, em 1993, o cuidado, a empatia, a competência, a perícia, a honestidade, a abertura, a dedicação e o compromisso são os fatores essenciais que mantêm o doente na agenda (Mandel ID, 1994).

4.2 Adesão ao tratamento

A lista detalhada de todos os tratamentos envolvidos e a respetiva taxa, assinada pelo doente, cuja cópia lhe deve ser fornecida, é uma forma de garantir que o doente se compromete com os tratamentos propostos e irá levá-los até ao fim. Quando os doentes referem que "precisam de pensar", não devem ser pressionados. Caso não regressem, podem voltar a ser contactados telefonicamente, mas, se não demonstrarem interesse, poderá ser sinal de que algo pode ter corrido menos bem na comunicação.

4.3 Follow up

O *follow up* é essencial, principalmente em procedimentos expectáveis de pós-operatórios desconfortáveis, como sejam os casos de exodontias, endodontias, implantes, coroas e pontes (Lefcoe S, 1977).

Se não se estabelecer uma ligação direta com os doentes, dificilmente se conseguirá ver o *feedback* do trabalho realizado. Uma das formas de alcançar este objetivo é a realização de um questionário de avaliação com espaço para comentários, de forma simples e concisa, de preferência de preenchimento de cruz, que seja

perceptível por quaisquer doentes, independentemente da sua idade e nível de instrução – vide Anexo H: Tabela 8 (Bonner P, 1985).

Aquando da finalização dos tratamentos é também importante informar os doentes acerca da manutenção de um controlo radiográfico e higiénico regular, de forma a manter a sua saúde mais duradoura. A fidelização às consultas de controlo, em média a cada seis meses, pode ser um bom medidor da qualidade do trabalho e de que as recomendações foram bem comunicadas.

4.4 Fatores no consultório e na consulta

Os doentes revelam que julgam essencial o ambiente do consultório, tanto o espaço físico como o comportamento da equipa, os acessos, os custos e a qualidade em geral. Por outro lado, Kress and Silversin (1972) acrescentam também outros fatores que influenciam esta satisfação: tempo de espera até ao tratamento estar completo (Kress GC Jr, 1988; Dworkin SE et al, 1970; Kress GC et al, 1972) e o tamanho do gabinete, evidenciando maior satisfação nas infraestruturas maiores. No que diz respeito à idade dos profissionais, quando categorizada em profissionais jovens (1 a 10 anos de experiência), de média idade (11 a 25 anos de experiência) e mais velhos (mais de 26 anos de experiência), a preferência recai sobre a média idade. Esta destaca-se pela aquisição de equipamentos modernos, mas peca pela menor atenção à dor e ao desconforto (Kress GC Jr e Silversin JB, 1985; Kress GC Jr, 1988), subestimando em certos casos a gravidade dos sintomas e demonstrando mesmo menor paciência e compreensão, assim como taxas inapropriadas e falta de preparação das consultas (Lussier MT e Richard C, 2005).

Para Kress G (1987), as principais razões de satisfação são a qualidade do tratamento (56%), seguida da dor sentida (24%), dos custos (15%) e, por último, da personalidade do médico dentista (10%). Corah, em 1984, elucidou também três fatores de satisfação aos registos interpessoais, onde se destacam a informação-comunicação, a compreensão-aceitação e a competência técnica (Wolf MH et al, 1978; Kress GC Jr, 1988).

4.5 Fatores antropológicos e culturais

Em relação ao género, as mulheres tendem a estar mais satisfeitas do que os homens, muitas vezes porque estas são mais esclarecidas, procurando explicações e

informações durante mais tempo (Fox JG e Storms DM, 1981; Waitzkin H, 1985; Matakí S, 2000).

Quanto à idade, doentes com menos de 24 anos toleram melhor os médicos dentistas que não explicam os procedimentos, bem como quando são repreendidos pela má higiene oral, o que sugere que este grupo etário aceita bem um médico dentista mais autoritário (Rankin JA e Jarris MB, 1985; Matakí S, 2000).

Quanto à educação e classe social, DiMatteo e Hays, em 1980, reportaram que os doentes mais satisfeitos com as competências dos médicos são aqueles que pertencem ao estrato socioeconómico mais elevado (Matakí S, 2000).

Considerações Finais

No início deste monografia esclareceram-se alguns pontos preocupantes para o futuro da profissão de medicina dentária. Em primeiro lugar, que o aumento do valor de receitas verificado ao longo das últimas décadas não significa que as despesas se tenham reduzido *per se* e que o valor remanescente dessa diferença seja significativo. Do mesmo modo, ficou notado que as despesas em saúde não são a principal prioridade da população portuguesa, relegando-se até para lugares relativamente baixos. Acrescendo a isto, o número de profissionais que aumenta exponencialmente ano após ano, os médicos dentistas podem certamente contar com os seus consultórios mais vazios, com menos doentes e menores rendimentos.

De acordo com aquilo que foi desenvolvido nesta tese, aqueles que melhor souberem comunicar, irão fazer desta arte uma mais valia na sua prática clínica. Nesse sentido, tomando por conhecimento que a comunicação está intrinsecamente presente e pode ter diversas vias por onde se manifestar, torna-se fundamental direcionar a atenção para as várias estratégias que o médico dentista pode explorar e aplicar em cada um dos seus doentes que, naturalmente, apresentam preferências e exigências distintas na hora de escolher os seus médicos.

Uma comunicação efetiva é aquela que permite a consciencialização do conceito de saúde e respetivos riscos, proporcionando a alteração de comportamentos, a aceitação dos tratamentos propostos e altas taxa de cumprimento das recomendações sugeridas. Em consequência, daí resultará uma maior satisfação dos doentes, assim como a construção de lealdade e fidelização por parte destes, a médio e a longo prazo, observadas nas consultas de controlo. Igualmente, os doentes satisfeitos recomendarão os seus médicos dentistas dentro das suas redes sociais e isso pode representar um aumento de novos doentes.

É evidente que existem sempre outras formas de se publicitar as clínicas e o trabalho que realizam. Cada vez mais, muitos médicos dentistas ou gestores de saúde associam *marketing* às suas práticas clínicas, através de técnicas publicitárias. Muitas vezes, estas tendem a ter um carácter persuasivo que, por vezes, estabelecem relações pessoais muito agressivas e invasivas, o que, de forma amiúde, acaba por desagradar

outros colegas e profissionais, ultrapassando as elementares normas do código deontológico estabelecido pela Ordem dos Médicos Dentistas.

De uma perspectiva mais clássica a uma mais moderna, observa-se que as técnicas utilizadas há já mais de duas décadas se encontram atualizadas e reforçam a literatura mais atual. Naturalmente que tudo na vida pode evoluir e ser melhorado e o mesmo se aplica à comunicação médica, que tenderá para este caminho, quando aliada à evolução tecnológica e à maior exigência do mercado. Neste sentido, fomenta-se a necessidade de mais investigações para coadunar estas duas realidades e mantê-las sempre a par das últimas novidades em comunicação.

Por outro lado, médicos dentistas e outros profissionais de saúde oral também têm de ser treinados para se tornarem melhores comunicadores. Na verdade, encontram-se cada vez mais ações de formação que ligam as duas áreas. Contudo, no entender desta monografia, deveriam ser as escolas e as instituições que preparam profissionais de saúde a encorajar a integração da disciplina de "Comunicação em saúde" nos seus programas de estudos.

A terminar, importa lembrar de novo que a palavra comunicar deriva do latim *communicare*, que significa "pôr em comum". Embora na maior parte deste extenso trabalho se tenha tentado tratar fundamentalmente a questão da relação entre o médico dentista e o doente, nunca é de menor relevo lembrar a importância "pôr em comum" também a classe. Isto é, todos em conjunto, procurarem formas de contribuir para que exista uma boa e respeitosa comunicação entre colegas e demais profissionais da equipa de saúde oral, ajudando a tornar a medicina dentária portuguesa numa referência internacional na ciência, inovação e partilha do conhecimento.

Bibliografia

A

- Ailes R. *You are the message*. 1^aed. USA: Doubleday; 1995. Citado por: Griffin AP. *Communications – The Future of Dentistry*. *J Law Ethics Dent*. 1991; 4: 89-94.
- Ahmad I. Digital dental photography. Part 2: Purposes and uses. *Br Dent J*. 2009; 206 (9): 459-64.
- Ancker JS, Senathirajah Y, Kukafka R, Starren JB. Design Features of Graphs in Health Risk Communication: A Systematic Review. *J Am Med Inform Assoc*. 2006; 13: 608–618.

B

- Baker DW, Parker RM, Williams MV, Pitkin K, Parikh NS, Coates W, et al. The health care experience of patients with low literacy. *Arch Fam Med*. 1996; 5: 329-34.
- Ben-Sira Z. Affective and instrumental components of the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1980; 21: 170-180.
- Ben-Sira Z. The function of the professional's affective behavior in client satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. 1976; 17: 3-11.
- Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract*. 2002; 15: 25–38.
- Böhmer MW. “Communication by impact” and other forms of non-verbal communication: A review of transference, countertransference and projective identification. *Afr J Psychiatry*. 2010; 13: 179-183.
- Bonner P. Effective office communications. *Dent Econ*. 1985; 75 (5): 69-70, 72-3.
- Breen GM, Wan TT, Zhang NJ, Marathe SS, Seblega BK, Paek SC. Improving doctor-patient communication: examining innovative modalities vis-a-vis effective patient-centric care management technology. *J Med Syst*. 2009; 33(2): 155-62.
- Brenner LH, Brenner AT. Beyond Informed Consent. Education the Patient. *Clin Orthop Relat Res*. 2009; 467:348–351

Brooks RG, Menachemi N. Physicians' Use of Email With Patients: Factors Influencing Electronic Communication and Adherence to Best Practices. *J Med Internet Res.* 2006; 8(1): e2.

Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patients' satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior.* 1987; 28: 375-388.

Burke FJ, Wilson NH. Contemporary considerations in treatment planning. *Quintessence Int.* 1994; 25 (6): 395-402.

C

Cabral MV, Silva PA, Mendes H. Saúde e Doença em Portugal. 2ªed. Lisboa: ICS, 2002; 131-141.

Chaveiro N, Porto CC, Barbosa MA. Relação do doente surdo com o médico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2009; 75(1): 147-50.

Chewning B, Sleath B. Medication decision-making and management: a client-centered model. *Soc Sci Med* 1996; 42: 389-398.

Coachman C, Van Dooren E, Gürel G, Landsberg CJ, Calamita MA, Bichacho N. Smile design: from digital treatment planning to clinical reality. *Quintessence Int.* 2012; 2: 119-74.

Council of European Dentists. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013] Disponível em:

<http://www.eudental.eu/index.php?ID=35918&>

Covello VT. Risk communication and occupational medicine. *J Occup Med.* 1993; 35: 18-9. Citado por: Mandel ID. Communicating science to our patients and the public. *J Am Coll Dent.* 1994; 61 (2): 24-28.

Corah NL, O'Shea RM. Development of a patient measure of satisfaction with the dentist: The Dental Visit Satisfaction Scale. *J Behav Med.* 1984; 7: 367-373.

D

Dentistry's blueprint for the future. A report on the strategic plan developed by the Association's Special Committee on the Future of Dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1984; 108: 20-30.

Devore PR. Internal marketing: the five R's. *Dent Econ.* 1995; 85 (11): 39, 42, 45-47.

DGS. Direcção-Geral do Ensino Superior. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013] Disponível em:

<http://www.acessoensinosuperior.pt/indcurso.asp?curso=9548>

<http://www.acessoensinosuperior.pt/detcursopi.asp?codc=9548&code=6600>

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004; 42: 200–209.

E

Evans RG, Edwards A, Evans S, Elwyn V, Elwyn G. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Family Practice - an international journal.* 2007; 24: 117-127.

Eurostat. European Commission. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013] Disponível em:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1>

F

Falvo D, Tippy P. Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *J Fam Pract* 1988; 26: 643–647.

Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science and Medicine.* 1981; 15A: 557-564.

G

- Giampieri M. Communication and informed consent in elderly people. *Minerva Anestesiologica*. 2012; 78 (2): 236-242.
- Goodlin R. Photographic-assisted diagnosis and treatment planning. *Dent Clin North Am*. 2011; 55(2): 211-27.
- Griffin AP. Communications – The Future of Dentistry. *J Law Ethics Dent*. 1991; 4: 89-94.
- Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998; 47: 329–339.

H

- Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657–675.
- Holstee EN, Renner RP. The evolution of the dental treatment plan in restorative dentistry. *Quint Dent Technol*. 1988; 12: 39-56.

I

- Instituto Nacional de Estatística. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013] Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=133401915&DESTAQUESmodo=2

- Ishikawaa H, Yanob E, Fujimoric S, Kinoshitac M, Yamanouchic T, Yoshikawad M, *et al*. Patient health literacy and patient–physician information exchange during a visit. *Family Practice - an international journal*. 2009; 26: 517-523.

K

- Kaplowitz GJ. Communicating with patients. *Gen Dent*. 1999; 47 (4): 399-403.
- Knott NJ. The use of information and communication technology (ICT) in dentistry. *Br Dent J*. 2013; 214(4): 151-3.

Kress G. Improving patient satisfaction. *Int Dent J.* 1987; 37 (2): 117-22.

Kress GC. Patient's evaluation of the outpatient services in a school of dental medicine. *J Public Health Dent.* 1972; 33: 104-119.

Kress GC Jr. Patient satisfaction with dental care. *Dental Clin North Am.* 1988; 32 (4): 791-802.

Kress GC Jr, Silversin JB. Internal marketing and quality assurance through patient feedback. *J am Dent Assoc.* 1985; 110: 29-34.

L

Leclercq WK, Keulers BJ, Scheltinga MR, Spauwen PH, van der Wilt GJ. A Review of Surgical Informed Consent: Past, Present, and Future. A Quest to Help Patients Make Better Decisions. *World J Surg.* 2010; 34: 1406–1415.

Lefcoe S. Effective utilization of forms for efficient office communication. *Dent Clin North Am.* 1997; 21 (3): 549-58.

Lussier M-T, Richard, C. Doctor-Patient Communication. Complaints and legal actions. Role of doctor-patient communication. *Canadian Family Physician.* 2005; 51: 37-39.

M

Mandel ID. Communicating science to our patients and the public. *J Am Coll Dent.* 1994; 61 (2): 24-28.

Mataki S. Patient-dentist relationship. *J Med dent Sci.* 2000; 47 (4): 209-214.

Moore VA. Make the connection: the exceptional new patient interview. *J Calif Dent Assoc.* 1997; 25 (4): 305-11.

O

Ordem dos Médicos Dentistas. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013]
Disponível em:

<http://www.ombd.pt/info/codigodeontologico>

<http://www.ond.pt/numeros/2012>

Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995; 40: 903–918.

Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487–497.

P

Pandhi N, Saultz JW. Patients' Perceptions of Interpersonal Continuity of Care. *J Am Board Fam Med*. 2006; 19: 390–397.

Pordata. Base de dados de Portugal Contemporâneo. [online]. Lisboa, Portugal; 2013. [acedido a 23 jun.2013] Disponível em:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Valor+medio+do+rendimento+bruto+dos+agregados+por+Modelo+de+IRS-712>

[http://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+medio+anual+liquido+dos+agregados+domesticos+privados+por+categoria+socio+economica+\(1980+2000\)-82](http://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+medio+anual+liquido+dos+agregados+domesticos+privados+por+categoria+socio+economica+(1980+2000)-82)

<http://www.pordata.pt/Portugal/Rendimento+medio+anual+liquido+dos+agregados+domesticos+privados+por+principal+fonte+de+receita-83>

[http://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+de+consumo+final+no+total+do+rendimento+disponivel+das+familias+total+e+por+tipo+de+bens+e+servicos+\(percentagem\)-767](http://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+de+consumo+final+no+total+do+rendimento+disponivel+das+familias+total+e+por+tipo+de+bens+e+servicos+(percentagem)-767)

<http://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+medias+de+consumo+final+das+familias+total+e+por+tipo+de+bens+e+servicos-768>

Q

Quebin NR. *Communicate Like a Pro*. 2nd ed. New York: Berkley Books; 1983. Citado por: Griffin AP. Communications – The Future of Dentistry. *J Law Ethics Dent*. 1991; 4: 89-94.

R

Rankin JA, Harris MB. Patients' preferences for dentists' behaviors. *Journal of the American Dental Association*. 1985; 110: 323-336.

S

Safeer RS, Keenan J. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*. 2005; 72 (3): 462-468.

Schei E, Baerheim A, Meland E. Clinical communication – a structured teaching model. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000; 120 (19): 2258-62.

Schleyer TK. Clinical decision-making and the Internet. *J Am Coll Dent*. 1999; 66(2): 29-39.

Singer BA. Twelve reasons to add dental videography to your practice. *Dent Econ*. 1995; 85 (7): 70-72.

Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control*. 1999; 3: 25–30.

Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995; 152: 1423–1433.

Street RL, Wiemann J. Patient's satisfaction with physicians's interpersonal involvement, expressiveness, and dominance. *Communication Yearbook*. 1987; 10: 591-612.

T

Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am*. 2003; 87 (5): 1115-45.

V

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther*. 2001; 26: 331–342.

W

Ward DH. The vision of digital dental photography. *Dent Today*. 2007; 26(5): 100, 102, 104-5.

Willershausen B, Schlösser E, Ernst CP. The intral-oral camera, dental health communication and oral hygiene. *Int Dent J*. 1999; 49 (2): 95-100.

Williams MV, Davis T, Parker RM, Weiss BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med*. 2002; 34: 383-9.

Williams SL, Haskard KB, DiMatteo MR. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: Effective communication with vulnerable older patients. *Clinical Interventions in Aging*. 2007; 2(3): 453–467.

White CB, Moyer CA, Stern DT, Katz SJ. A content analysis of e-mail communication between patients and their providers: patients get the message. *J Am Med Inform Assoc*. 2004; 11(4): 260–7.

Z

Zolnierok KBH, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. 2009; 47(8): 826–834.

Anexos

Taxa de desemprego (%)	Mês/Ano								
	07/2012	08/2012	09/2012	10/2012	11/2012	12/2012	01/2013	02/2013	03/2013
Espanha	25,3	25,5	25,7	26,0	26,2	26,2	26,4	26,6	26,7
Grécia	25,0	25,4	26,0	26,0	26,2	26,1	26,4	26,7	26,8
Portugal	15,9	16,2	16,3	16,8	17,0	17,3	17,6	17,7	17,7

Tabela 1 | Taxa de desemprego em Portugal, Grécia e Espanha, representada por pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos, que não têm trabalho na semana de referência, que estão disponíveis para começar a trabalhar nas duas semanas seguintes ou que, estiveram ativamente à procura de trabalho nas últimas quatro semanas ou já arranjam emprego, mas só para os três meses seguintes.

Adaptado de:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1> (acedido a 23 de Junho de 2013).

B

Valor médio em milhares de euros	Modelo 1 + 2 do IRS	Modelo 1 do IRS	Modelo 2 do IRS
1990	7,1	6,7	7,9
2010	18,3	15,6	24,5

Tabela 2 | Valor médio do rendimento bruto dos agregados por Modelo de IRS.

Adaptado de:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (acedido a 23 de Junho de 2013)

	Rendimento médio anual líquido (em euros)
1980	1 476
1990	7 736
2000	13 512
2010	16 585

Tabela 3 | Rendimento médio anual líquido dos agregados domésticos privados, incluindo como categorias sócio-económicas o setor privado, operários e outros, setor público operários e outros, outros ativos, empresários e trabalhadores agrícolas, desempregados, reformados, estudantes, domésticos, incapacitados e outros.

Adaptado de:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (acedido a 23 de Junho de 2013).

	Rendimento médio anual líquido (em euros)
1980	1 476
1990	7 736
2000	16 585
2009	23 811

Tabela 4 | Total da principal fonte de receita do agregado doméstico privado, incluindo como fonte de receita o trabalho por conta de outrem, o trabalho por conta própria, as pensões, outras transferências sociais e outros fatores de rendimento.

Adaptado de:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (acedido a 23 de Junho de 2013).

Ordem de prioridades das maiores despesas	Tipo de bens e serviços	Valor médio das despesas em 1995 (em euros)
1º	Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	3 220,90
2º	Transportes	2 557,20
3º	Habitação, água, electricidade, gás e outros combustíveis	2 358,20
4º	Restaurantes e hotéis	1 906,90
5º	Bens e serviços diversos	1 642,60
6º	Lazer, recreação e cultura	1 371,60
7º	Vestuário e calçado	1 201,10
8º	Acessórios para o lar, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação	1 191,80
9º	Saúde	818,20
10º	bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos	676,50
11º	comunicações	390,40
12º	educação	179,00

Tabela 5 | Despesas de consumo final no total do rendimento disponível das famílias por tipo de bens e serviços em 1995.

Adaptado de:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (acedido a 23 de Junho de 2013).

Ordem de prioridades das maiores despesas	Tipo de bens e serviços	Valor médio das despesas em 2010 (em €)
1º	Produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	4 793,80
2º	Habituação, água, electricidade, gás e outros combustíveis	4 569,40
3º	Transportes	4 003,30
4º	Restaurantes e hotéis	3 252,40
5º	Bens e serviços diversos	3 215,90
6º	Lazer, recreação e cultura	2 051,70
7º	Acessórios para o lar, equipamento doméstico e manutenção corrente da habitação	1 741,80
8º	Vestuário e calçado	1 704,00
9º	Saúde	1 666,20
10º	bebidas alcoólicas, tabaco e narcóticos	955,40
11º	comunicações	876,00
12º	educação	390,40

Tabela 6 | Despesas de consumo final no total do rendimento disponível das famílias por tipo de bens e serviços em 2010.

Adaptado de:

<http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela> (acedido a 23 de Junho de 2013)

	População	Número de dentistas	Ratio dentistas/ população	Número de universidades	Número de formados/ano	Número de novos alunos/ano
Alemanha	82 221 808	83 339	1,247	31	1 539	2 547
Bélgica	10 666 866	8 423	1,408	5	175	230
Espanha	45 283 259	24 515	1,887	17	2 842	2 900
França	63 753 140	40 968	1,556	16	900	1 047
Grécia	11 214 992	14 126	794	2	270	280
Holanda	16 404 282	10 901	1,866	3	226	300
Reino Unido	61 185 981	35 873	1,974	15	844	1 063
Itália	59 618 114	54 190	1,242	36	800	850
Portugal	10 617 575	7 514	1,503	7	425	591
Suécia	9 182 927	14 355	1,239	4	166	247

Tabela 7 | Estatística em medicina dentária num contexto europeu.

Adaptado de:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1> (acedido a 23 de Junho de 2013)

1. Por favor classifique os seguintes aspetos da nossa clínica:

	Excelente	Bom	Precisa de melhorar	Razoável	Mau
Aparência da equipa					
Cortesia e efectividade telefónica					
Sistema de marcação de consultas					
Políticas de facturação					
Assistentes					
Higientistas					
Recepcionistas					
Decoração e acessos					
Material de leitura					
Pontualidade					
Localização					
Horário de funcionamento					
Facilidades de pagamento					

Comentários

2. Por favor classifique os seguintes aspetos das minhas consultas (Dr.Alberto):

	Excelente	Bom	Precisa de melhorar	Razoável	Mau
O meu interesse em si					
O meu interesse no seu problema					

A minha habilidade em comunicar o problema	
O tempo dispendido na consulta	
Comentários	
	Sim Não
Considera que o tratamento realizado justifica o valor da consulta?	
O que gosta mais na nossa clínica?	
O que gosta menos na nossa clínica?	
Que sugestões tem para melhorar o nosso serviço? (Não importa o quão pequenas possam ser)	

Tabela 8 | Questionário de satisfação a ser preenchido pelo doente no final da realização do tratamento.

Adaptado de:

Bonner P. Effective office communications. Dent Econ. 1985; 75 (5): 71