

Relatório Final de Estágio

Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Instituto Universitário de Ciências da Saúde

A relação médico-dentista paciente no caso de um estudante estrangeiro

Loïck Eric Patrick Renelde Pourbaix

Orientador: Prof^a. Doutora Teresa Vale

Declaração

Loïck Eric Patrick Renelde Pourbaix, estudante do Curso de Medicina Dentária do Instituto Universitário das Ciências da saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório Final de Estágio intitulado: **A relação Médico-dentista Paciente no caso de um estudante estrangeiro**. Confirmo que todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorria a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio (ato pelo qual um individuo mesmo por omissão, assume a autoria do trabalho intelectual pertence a outrem, na sua totalidade ou em partes deles). Mais declaro que todas as frases retiradas de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Gandra, 12 de junho 2018,

O aluno,



Loïck Pourbaix.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

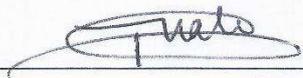
Orientador: Prof^a. Doutora Teresa Vale

Aceitação do Orientador

Eu, **Teresa Vale**, com a categoria profissional de **Professor Auxiliar** do Instituto Universitário de Ciências da Saúde do Norte, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado "**A relação médico-dentista paciente no caso de um estudante estrangeiro**", do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Loïck Eric Patrick Renelde Pourbaix** declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 12 de junho de 2018

O Orientador



Agradecimentos

A todos as pessoas que me ajudaram para a elaboração deste trabalho, desde o início deste projeto, da entrega dos questionários até responder, e mesmo tratar os dados, Obrigado.

Ao Professor Doutor Joaquim Moreira e ao Professor Doutor Paulo Rompante, para os vossos conselhos desde 2016 e o início do trabalho, muito obrigado.

À Marlene, Sandra e Isabel, para a vossa ajuda na entrega dos questionários aos pacientes, Obrigado.

À Professora Doutora Vera Almeida e à Professora Doutora Maria Dos Prazeres Gonçalves, para o vosso tempo, a vossa disponibilidade e a vossa colaboração neste projeto, Obrigado.

À minha Orientadora, a Professora Doutora Teresa Vale, porque percebo que não foi fácil de corrigir este trabalho, obrigado para a sua paciência, a sua ajuda e o seu apoio.

A todos os meus amigos, tanto franceses que portugueses que foram uma segunda família aqui durante todos estes anos, agradeço todos vós que fizeram destes 5 anos, uma época tanta agradável da minha vida!

Ao meu binómio, Benjamin, porque eu sei que sou muitas vezes chato, obrigado para a tua paciência e a tua ajuda durante todo este ano. Foi um honor para eu trabalhar contigo e não sei como vou fazer com um outro assistente que tu.

A toi, qui dois me supporter tous les jours depuis plus de 5 ans, avec mes rêves insensés et mes 50 000 projets en tête, Merci. Merci d'être là à chaque instant. Maintenant je vais pouvoir réaliser mon plus beau projet, le plus important : vivre avec toi. Je t'aime.

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I

1 – Introdução.....	1
1.1. Mobilidade.....	1
1.1.1. Definição.....	1
1.1.2. História.....	1
1.1.3. A mobilidade ao nível mundial.....	3
1.1.4. A mobilidade ao nível europeia.....	3
1.1.5. A mobilidade ao nível de Portugal.....	4
1.1.6. A mobilidade na Área da Saúde.....	5
1.1.7. Variáveis envolvidas na decisão de estudar noutro país.....	5
1.1.8. Variáveis envolvidas na escolha do país.....	6
1.1.9. Mobilidade dos médicos-dentistas.....	6
1.2. Relação Médico-Dentista/Paciente.....	7
1.2.1. Definição.....	7
1.2.2. Evolução.....	8
1.2.3. Componentes desta relação.....	9
1.2.3.1. Autonomia e Informação.....	9
1.2.3.2. Respeito e Dignidade.....	11
1.2.3.3. Confiança e Confidencialidade.....	12
1.2.4. Influência do Paciente.....	13
1.2.4.1. Adesão ao tratamento.....	13
1.2.4.2. Ansiedade e Medo.....	13
1.2.5. Influência do Médico-Dentista e das suas competências sociais.....	15
1.2.5.1. Comunicação verbal e não verbal.....	16
1.2.5.2. Empatia.....	17
1.2.6. Influência do género na relação Médico-Dentista/paciente.....	18
1.2.7. Consequências de uma boa relação Médico-dentista/Paciente.....	19

2 – Objetivo	19
3 – Materiais e métodos	20
3.1. Metodologia da elaboração da introdução.....	20
3.2. Estudo nº1.....	20
3.3. Estudo nº2	21
4 – Resultados	22
4.1. Estudo nº1	22
4.2. Estudo nº2	23
5 – Discussão	26
6 – Conclusão	28
7 – Bibliografia	29
8 – Anexos	35
 CAPÍTULO II	
1 - Introdução	44
 2 - Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado	
2.1 Estágio Hospitalar	44
2.2 Estágio em Clínica Geral Dentária	45
2.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária.....	46

Índice Tabelas

<i>Tabela 1: Características de uma boa informação transmitida ao Paciente</i>	35
<i>Tabela 2: Fatores que influenciam a adesão ao tratamento</i>	35
<i>Tabela 3: Características da Comunicação verbal e não verbal</i>	36
<i>Tabela 4: Características de um comportamento empático do médico-dentista</i>	37
<i>Tabela 5: Distribuição dos inquiridos pelo gênero</i>	37
<i>Tabela 6: Frequência de Consulta no Médico-dentista</i>	37
<i>Tabela 7: Repartição da nacionalidade dos estudantes</i>	37
<i>Tabela 8: Frequência de primeira experiência com um estudante de outra nacionalidade</i>	38
<i>Tabela 9: Gênero dos Médicos-Dentistas em função da nacionalidade</i>	38
<i>Tabela 10: Teste de Mann Whitney</i>	23
<i>Tabela 11: Tabela Cruzada Nacionalidade do médico-dentista * Habitualmente tem medo de ir no Médico-dentista?</i>	39
<i>Tabela 12: Tabela Cruzada Nacionalidade do médico-dentista * Sentiu dor durante esta consulta?</i>	39
<i>Tabela 13: Aceitação de ser tratado de novo pelo mesmo médico-dentista em função da nacionalidade</i>	40
<i>Tabela 14: Problemas frequentes com o paciente no caso de estudantes de outra nacionalidades</i>	40
<i>Tabela 15: Causas mais frequentes de má percepção do estudante de outra nacionalidade</i>	40

Índice Figuras

<i>Figura 1: Ciclo do Medo no consultório.....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 2: Complexidade das interligações entre os componentes da relação médico- dentista/paciente.....</i>	<i>41</i>
<i>Figura 3: Hierarquização das ideias presentes nas respostas à pergunta n°1 do segundo estudo.....</i>	<i>41</i>
<i>Figura 4: Hierarquização das ideias presentes nas respostas à pergunta n°2 do segundo estudo.....</i>	<i>42</i>

Resumo

Introdução: Num mundo cada vez mais global, o número de estudantes e profissionais a emigrar e imigrar cresce continuamente. Apesar de nas profissões de saúde não ser ainda muito pronunciada, é interessante estudar as consequências que pode haver na relação com o paciente. No caso da relação médico-dentista/paciente são vários os componentes definidos como essenciais. Temos os componentes comuns aos dois membros da relação que são a Autonomia, a Informação transmitida, o Respeito e a Dignidade, a Confiança e a Confidencialidade. Nos componentes influenciados pelos pacientes; a adesão ao tratamento e a presença de ansiedade e medo. Por fim nas componentes ligadas ao médico-dentista e em particular às suas competências sociais temos a comunicação verbal e não verbal e a empatia.

Objetivo: Este trabalho tem como objetivo perceber como a nacionalidade do médico-dentista, e mais particularmente neste caso o estudante em medicina dentária, vai influenciar a relação médico-dentista paciente.

Materiais e Métodos: O trabalho é constituído por uma revisão sistemática da literatura e dois estudos. A revisão sistémica da literatura sobre a relação médico-dentista/paciente foi feita na base de dados PUBMED com a palavra chave "Dentist Patient relationship" presente no título ou no abstract, sem limite temporal. Foi completado de uma pesquisa de informação sobre a mobilidade dos estudantes. O primeiro estudo é elaborado a partir de um questionário com perguntas fechadas entregue a pacientes da Clínica Universitária Filinto Baptista, no fim de uma consulta, entre os dias 1 de março 2017 e 1 de maio 2018. A análise dos resultados foi feita através de uma análise descritiva e uma análise não paramétrica com o teste de Mann-Whitney utilizando um nível de significância de 0,05. O segundo estudo é elaborado a partir de um inquérito com perguntas abertas transmitido aos estudantes não portugueses (foram excluídos os estudantes brasileiros) de quinto ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentaria IUCS, sem caracterização da amostra. As ideias principais presentes nas respostas foram categorizadas, podendo existir mais que uma ideia presente numa resposta.

Resultados e discussão: Não existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de compreensão do estudante, clareza das explicações do estudante, respeito, confiança, ansiedade e satisfação do paciente apesar de existir ligeiras diferenças. Podemos emitir várias hipóteses sobre estas ligeiras diferenças e correlacionar com as respostas obtidas nos inquéritos preenchidos pelos estudantes de outra nacionalidade.

Conclusão: Apesar existir ligeiras diferenças nos principais componentes da relação médico-dentista/paciente, não são estatisticamente significativas. Podemos assim concluir que não há grandes alterações na relação estudante em medicina dentária / paciente devidas à nacionalidade do estudante no caso da população da Clínica Universitária Filinto Baptista.

Palavras-chaves: Dentist patient relationship, foreign dentist, foreign dental student, dental student

Abstract

Introduction: In an increasingly open world, the number of students and professionals to emigrate and immigrate is continually growing. Although the health professions are not yet very concerned, it's interesting to study as consequences may exist in the relationship with the patient. In the case of the dentist / patient relationship, several components are defined as essential. We have the components common both members of the relationship like Autonomy, Information transmitted, Respect and Dignity, Trust and Confidentiality. In the components influenced by the patients, we have adherence to the treatment and the presence of anxiety or fear. Finally, in the components related to the doctor-dentist and to his social skills we have verbal and non-verbal communication and empathy.

Objective: This work aims to understand how dentist's nationality, and more particularly in this case the student in dental medicine, will influence the dentist-patient relationship.

Materials and Methods: The work consists of a systematic review of the literature and two studies. The systemic review of the literature on the dentist / patient relationship was done in the PUBMED database with the keyword "Dentist Patient relationship" present in the title or in the abstract, with no time limit. The bibliography was completed from an information survey on student mobility. The first study is based on a questionnaire with closed questions delivered to patients at the Filinto Baptista University Clinic at the end of a consultation between March 1, 2017 and May 1, 2018. The analysis of the results was done through a descriptive analysis and a non-parametric analysis using the Mann-Whitney test with a significance level of 0.05. The second study is based on an open-ended questionnaire transmitted to non-Portuguese students (excluding Brazilian students) of the fifth year of the IUCS Integrated Master's Degree in Dental Medicine, without characterization of the sample. The data were treated by the author with the participation of a Doctor in psychology. The main ideas present in the responses were categorized, and there may be more than one in an answer.

Results and Discussion: There are no statistically significant differences in levels of student understanding, clarity of student explanations, respect, confidence, anxiety, and patient satisfaction despite slight differences. We can make several hypotheses about these slight differences and correlate with the answers obtained in the surveys filled out by students of another nationality.

Conclusion: Although there are slight differences in the main components of the dentists / patients' relationship, they are not statistically significant. We can thus conclude that there are no major changes in the dental's student / patient relationship due to the student's nationality in the case of the Filinto Baptista University Clinic population.

Keywords: Dentist patient relationship, foreign dentist, foreign dental student, dental student

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

1.1 MOBILIDADE

1.1.1 Definição

A mobilidade dos estudantes é um processo complexo de caracterizar. Para melhor compreender este assunto, temos de dar algumas definições: o termo Estudantes Internacionais Móveis refere-se aos estudantes que tenham atravessado fisicamente uma fronteira internacional entre dois países com o objetivo de participar em atividades educativas no país de destino, quando o país de destino de um determinado aluno é diferente do seu país de origem e aqui o país de origem descreve o país onde o estudante realizou a sua escolaridade. Um Estudante Estrangeiro que tem uma nacionalidade diferente do país onde faz os seus estudos (1,2). É necessário também distinguir as deslocações de curta duração (máximo de um ano), do tipo Erasmus, e de longa duração para a obtenção de um grau académico (2,3). Muitas vezes, as estatísticas e as informações dadas neste âmbito não fazem esta diferença de interpretação e complicam a interpretação dos dados. Assim, para facilitar a compreensão não vamos dissociar os Estudantes Internacionais Móveis e os Estudantes estrangeiros apesar de os estudos envolvidos neste trabalho incluírem exclusivamente estudantes estrangeiros, que vamos chamar: estudantes de outra nacionalidade.

1.1.2 História

A mobilidade dos estudantes não é um ato recente. Desde 1100 ano, podemos observar uma mobilidade entre as várias escolas e em particular Paris e Bologna. Estava facilitado pela utilização de uma língua comum: o latim. As leis de discriminação positiva promulgadas pelo Papa Alexandre III e o Império Frederic Barberousse estão na base da taxa de estudantes de outra nacionalidade tão importantes que foram mais numerosos que os nativos. Nesta época já havia também uma tentativa de uniformização da metodologia e do conteúdo que facilitava os movimentos de estudantes. Algumas áreas tinham a obrigação de passar em várias universidades como por exemplo a teologia. Os limites e os principais problemas da mobilidade nesta época tinham a ver com o transporte mais longo

e perigoso que hoje. Nesta época, o país mais envolvido na mobilidade dos estudantes é o Império germânico e os fluxos ficam maioritariamente entre países da Europa Ocidental (4,5).

A partir do século XV, alguns países começam a limitar esta mobilidade como por exemplo o estado Viniciano (4) mas é verdadeiramente a partir do século XIX que a mobilidade ocidental começa a diminuir pela modernização destes países e a nacionalização das universidades. Os fluxos mudaram e assim os estudantes de outra nacionalidade eram maioritariamente da Europa Oriental e em particular da Rússia. Passou de ser estudantes de nível socioeconómico baixo para membros da aristocracia e da burguesia. De fato, estas populações aprendem francês e alemão desde criança e nesta época as universidades já abandonaram o latim em prol da língua nacional. Outros motivos são a falta qualitativa e quantitativa de universidades nos países orientais e a diferença de preço quase inexistente com as universidades do Ocidente. Por fim, fazia parte completamente da política dos países enviar os estudantes para o estrangeiro para se formarem e regressarem ao país para trabalhar. As características desta mobilidade dependem da origem dos estudantes. Para os estudantes orientais, as áreas mais apreciadas foram a Medicina e o Direito, com mobilidade de curta duração passar conhecer outras universidades e descobrir várias culturas. Já havia nesta época, cursos de aperfeiçoamento ou pós-graduações que foram muito apreciados pelos estudantes orientais. Os estudantes ocidentais estavam mais interessados pela literatura e mobilidade de longa duração. A segunda diminuição principal de mobilidade é entre as duas guerras mundiais, marcado pelo encerramento do estado soviético. (5).

Assim, toda esta mobilidade dos estudantes, mas também dos professores, através dos séculos permitiu favorecer a estabilidade social e veicular conceitos e ideias à base do desenvolvimento de toda a Europa.

Na história moderna da Europa, os países voltam a ter políticas de partilha de conhecimento através da mobilidade dos estudantes e dos professores. As datas marcantes são a criação de Erasmus em 1987, órgão europeu criado com o objetivo de facilitar a mobilidade dos estudantes (6). A fim de facilitar também a mobilidade dos trabalhadores, houve a

declaração da Sorbonne de 1998, que permite regularizar a matéria e o tempo de estudo entre quatro países: Itália, Alemanha, França e Reino Unido para ter diplomas equivalentes em várias áreas. Este processo foi alargado para toda a Europa através do Processo de Bolonha em 1999 (7). Em 2004, "Erasmus Mundus" foi criado para facilitar os intercâmbios de estudantes fora da Europa (6). Por fim, em 2014, "Erasmus Plus" alarga os objetivos de Erasmus para a educação formal e informal, estágios e desporto (8).

1.1.3 A mobilidade ao nível mundial

Em 1975, havia 800 000 estudantes internacionais móveis no mundo. Em 2000, havia 2 000 000 e em 2012, entre 4 e 4,5 milhões, ou seja, o quádruplo (1,9). A principal origem dos estudantes é asiática, 57% do total dos estudantes internacionais móveis em 2009 (10), e em particular da China (11). Os países de destino são principalmente os Estados Unidos, seguido pelo Reino Unido, França, Austrália e Alemanha, mesmo que os fluxos comecem a mudar por causa da emergência de novos destinos mais próximos e atrativos dos países de origem (1). Os estudos preferidos para a mobilidade são os de tipo teórico, e mais longo (10). Outras estatísticas indicam que a Europa recolhe 43% da mobilidade ao nível mundial (12). Os fatores de aumento do número de estudantes internacionais móveis são vários. Uns deles são o aumento de estudantes que fazem estudo de terceiro ciclo, a democratização dos transportes e das comunicações (9,10) e também a internacionalização do emprego (10). A crise também tem consequências favoráveis à mobilidade dos estudantes devido ao aumento de desemprego, ou do custo da formação nos países de origem (13).

1.1.4 A mobilidade ao nível europeia

A mobilidade dos trabalhadores e dos estudantes está no centro do projeto europeu. Desde o Tratado de Roma de 1957, a mobilidade dos trabalhadores é descrita como no centro do mercado do trabalho. Em 1963, o Tratado de Elysées descreve a mobilidade dos estudantes como um vetor importante da reconciliação franco-alemã (14).

A mobilidade dentro da Europa é favorecida através de várias decisões: o programa Erasmus + e o processo de Bolonha. O processo de Bolonha permite a harmonização dos estudos e

facilita a validação dos diplomas e das equivalências através do sistema LMD: Licença, Master, Doutoramento e a introdução dos ECTS (7,13). O programa Erasmus + ou European Action Scheme for the Mobility of University Students é um apoio à mobilidade, à cooperação para a inovação e um vetor de reformas políticas para a educação, mobilidade e formação (8). Para o período de 2014 a 2020, tem um orçamento de 16,4 bilhões de euros (15). Em 30 anos, 9 milhões de estudantes participaram neste programa (12). A idade média dos participantes ao programa Erasmus é de 24 anos, para um tempo médio de 7 meses e 60% são mulheres (16). Os países e os destinos preferidos são Espanha, França e Alemanha (12,15). Mas a mobilidade dentro da Europa não passa só pelo programa Erasmus, existe também uma mobilidade por estratégias pessoais que representa cerca de 30% apesar de este tipo de mobilidade não estar bem documentado (14,17).

1.1.5 A mobilidade ao nível de Portugal

Portugal também é envolvido na mobilidade dos estudantes. Em 2016, excluindo os estudantes em Erasmus, havia 9525 estudantes portugueses a fazer os estudos em vários países como no Reino Unido, Espanha, França, nos Estados Unidos ou ainda no Brasil e 14 541 estudantes de várias origens, de Espanha ou países lusófonos (Brasil, Angola, Moçambique) (1). Em 2008, estavam só 7239 estudantes de outra nacionalidade. Observamos assim a duplicação deste número (3). Nos dados da OCDE, podemos observar que em 2013, mais da metade tinha origem de países lusófonos (29,1% de África e 32,8% do Brasil). Verifica-se também que são principalmente estudantes de Doutoramento ou de Master (9). Assim, Portugal tem uma balança negativa de importação/exportação de estudantes. Isto é explicável através de uma estratégia nacional e local concentrada sobre regiões específicas (3). Existem programas de bolsas destinados aos estudantes de países africanos lusófonos. Não há diferenças de preço entre alunos de outra nacionalidade e nacionais como podemos observar noutros países.

Existem também mais de 70 acordos bilaterais com outros países e múltiplos acordos multilaterais. Outros motivos de vir para Portugal são também a atração turística, a boa rede de comunicação e de transporte. Também é vantajoso para a economia do país e das universidades/escolas envolvidas (18).

1.1.6 A mobilidade na Área da Saúde

O primeiro dado observável neste âmbito é a pouca atração da mobilidade nos estudantes ligados à área da saúde. De fato, estudos de comércio, direito ou de literatura são mais atraídos para estudar noutros países (19). Assim, os dados da OCDE mostram que o campo da saúde e da proteção social representa só 14% da mobilidade internacional (9). Também é descrito que são os estudantes de Escolas que são mais envolvidos nestas experiências do que as Universidades (19). Em Portugal, 10% da emigração estudantil é associada ao campo da saúde (9). Estas diferenças com os outros tipos de estudos também se observam no programa Erasmus onde só 6% tem relação com a saúde e unicamente 10% dos restantes querem participar (20).

1.1.7 Variáveis envolvidas na decisão de estudar noutro país

É descrito um aumento da mobilidade com o grau de estudo. Os motivos dos estudantes envolvidos neste processo são:

- Experiência cultural e emocional importante (6,9,10,20)
- Aprendizagem ou melhoria de uma língua (9,10,14,20)
- Pesquisa de um ensino de maior qualidade (9)
- Falta de lugares no campo de estudo no país de origem (9)
- Falta de especialização requerida no país de origem (10)
- Pesquisa de autonomia e construção da identidade (6,14)
- Valorização da experiência estudantil e profissional (6,20)
- Perceber e aceitar as diferenças (16)
- Melhorar as expectativas de trabalhos futuros, ou preparar-se para trabalhar noutro país (20)

Neste sentido, observamos uma concentração de campos de estudos por regiões: A Islândia vai receber mais estudantes em Letras, em Cília, vai ser mais a educação etc. (9).

Mas existem freios à mobilidade dos estudantes que não permitem a todos efetuarem viagens de curto ou longo prazo no estrangeiro:

- Financiamento
- Falta de informação
- Tipo de estudos que não permitem
- Não se sentir suficientemente formados
- Relações pessoais e familiares
- Nível de língua
- Reconhecimento não assegurado (14,20).

1.1.8 Variáveis envolvidas na escolha do país

Os fatores de decisão na escolha do país de estudo são ligados às expectativas individuais. Assim vamos encontrar:

- A língua de Ensino: em particular o Inglês. Podemos observar um aumento dos cursos em inglês em países não anglófonos. (9,10)
- Qualidade das formações e reputação (6,9,10)
- Custos de formação: que depende dos países e da sua política (6,9).
- Equivalências de diplomas ou formações possíveis (9).
- Aspirações culturais do estudante (9).
- Língua oficial do país (6,10)
- Custo de vida (10)
- Relações históricas entre os países (10)

1.1.9 Mobilidade dos Médicos-Dentistas

A abertura das fronteiras na Europa permite a mobilidade dos profissionais da saúde e em particular dos médicos-dentistas. A migração é favorecida pelas diferenças de nível de vida entre os países, mas também dos diferentes sistemas de saúde. A crise económica de 2008 teve um impacto enorme sobre estes dois pontos acentuando ainda mais as diferenças de médicos-dentistas entre os países e assim os fluxos ficam unilaterais, do Sul para o Norte,

do Este para o Oeste. Os problemas que podem surgir por estas migrações são os problemas de língua, de competências ou de não conhecimento das obrigações legais referentes ao país (21). Os limites desta mobilidade são importantes no caso das especialidades. De fato os países não reconhecem as mesmas especialidades (22). Apesar disto, não existem dados sobre a relação com o paciente, sobre a consulta ou os tratamentos em si.

1.2 Relação Médico-dentista/Paciente

1.2.1 Definição

Os dois principais motivos dos pacientes para mudar de médico-dentista são: motivos pessoais (mudança de cidade etc.) e uma má relação Médico-dentista/Paciente (23). Assim esta relação deve ser centro das nossas preocupações quer para os profissionais que para os pacientes. A relação Médico-dentista/Paciente (rMdP) representa as interações complexas e desequilibradas entre uma pessoa que procura uma resposta a um problema e um profissional que tem conhecimento para responder a esse problema. É complexa devido às diferenças que os dois membros desta relação têm. De fato, tanto o médico-dentista como o paciente trazem para a consulta a sua bagagem pessoal, composta pela sua personalidade, suas experiências passadas, suas percepções, o seu conhecimento, o seu estado atual, valores ... É desequilibrada ao nível do estado da saúde de cada um, o paciente está numa consulta na maior parte das vezes por causa de problemas de saúde e assim vai ser mais implicado pessoalmente e emocionalmente na resolução do seu problema enquanto o médico-dentista vai ser implicado ao nível das suas competências profissionais (24).

Existem vários modelos de relação, que evoluíram com o tempo. Hoje, o modelo mais atual representa um reequilíbrio desta interação complexa: a cooperação mútua (25,26). Uma nova abordagem de tratamento centrado não sobre a doença, mas sobre o paciente (27), baseado no modelo biopsicossocial da doença e não só biomédica como antigamente. Assim este modelo biopsicossocial da doença não tem em conta os fatores biológicos da doença, mas também os fatores pessoais e sociais do paciente o que explica como o paciente e o seu comportamento se vai adaptar à doença (28). Assim, não tratamos

doenças, mas pacientes, e cada tratamento fica individualizado ao caso. A Federação Dentária Internacional (FDI) explica assim que para ter tratamentos ótimos, é necessário que os médicos-dentistas e os seus pacientes estabeleçam uma relação baseada na confiança e respeito mútuo e que para isto deve ser definido um compromisso baseado sobre a aceitação mútua dos direitos e das responsabilidades do outro, bem como das regras legais ou éticas relevantes. Esse compromisso mútuo é necessário para alcançar os melhores resultados e o objetivo comum de uma boa saúde oral (29).

1.2.2 Evolução

Historicamente, a abordagem terapêutica estava centrada sobre a doença e a sua resolução (30). Estávamos num modelo que caracterizamos como paternalista ou de atividade-passividade que não autorizava nenhuma autonomia do paciente (25,31). Esta relação era preferida pelo profissional que achava ter de tomar as decisões sozinho devido às suas capacidades e ao seu conhecimento técnico (27). Hoje, as relações estão entre dois modelos: guia-cooperação e cooperação mútua, dependendo dos pacientes. São caracterizados por uma maior participação do paciente no tratamento, em graus variáveis (25). Assim passamos de uma “obediência do paciente” a uma adesão ao tratamento (27), e componentes poucos valorizados historicamente estão agora no centro da relação como a comunicação e a informação para dar autonomia ao paciente e permitir a ele tenha um papel ativo na tomada de decisão (32). Alguns autores falam de modelo informativo da relação mostrando a importância desta componente (31).

Esta evolução foi permitida por vários fatores como um maior acesso à informação e ao conhecimento por internet, pelo desenvolvimento dos sistemas de saúde, pelo aumento do individualismo e a aumento dos níveis de educação (26,33). É provado que os pacientes preferem ter este papel de participação e de decisão (27).

Neste trabalho vamo-nos focar sobre as características da rMdP atual, mas é interessante indicar que com as evoluções constantes das sociedades, o aumento do consumismo, a diminuição da profissionalização, a organização de algumas estruturas de prestação de cuidados de saúde, ou ainda o aumento da pressão comercial e da procura cada vez mais crescente de tratamentos estéticos, alguns autores alertam sobre o risco de uma perda de

qualidade nesta relação, ou mesmo da passagem a uma relação de consumidor não ética (31,34).

1.2.3 Componentes desta relação

Como foi referido anteriormente, a rMdP é complexa e todos os componentes que a constituem interagem entre eles e se auto-influenciam.

1.2.3.1 Autonomia e informação

Os conceitos fundamentais de ética e deontologia médica determinam que a formação de uma aliança terapêutica baseia-se tanto na autonomia do profissional de saúde quanto na consciência da autonomia do paciente. Mas os pontos acentuados sobre a autonomia de cada membro da rMdP diferem (35).

Existe um contrato social entre os médicos-dentistas e a sociedade que dá aos médicos-dentistas direitos e responsabilidades para a sociedade e para o seu paciente (31). Assim nos direitos e responsabilidades definidos pela FDI, podemos encontrar a autonomia dos médicos-dentistas em vários pontos:

- Autonomia da profissão:
 - Não permitir que qualquer influência externa substitua as suas responsabilidades profissionais e a sua liberdade de prática.
 - Ter a liberdade de prática prevista pela lei e pelo sistema de saúde do país de trabalho.
- Autonomia de recusar um paciente:
 - Ter o direito de recusar de tratar qualquer paciente cujas demandas possam ir contra as boas práticas médicas e/ou odontológicas
 - Ter o direito de cessar a relação com o paciente em caso de perda de confiança, de acordo com os termos das leis nacionais (29).

A revolução nas mudanças de paradigmas da rMdP é particularmente sobre a valorização da autonomia do paciente (32). Assim o código de ética dos médicos-dentistas da União Europeia explica que: “o médico-dentista tem de respeitar a dignidade, a autonomia e as decisões do paciente” (35). Esta autonomia do paciente é desenvolvida através da sua participação na tomada de decisão, da sua liberdade de escolha do médico-dentista ou ainda do seu direito a ter acesso a todas as informações em relação à sua saúde.

Faz parte das responsabilidades dos médicos-dentistas, para a FDI, reconhecer o direito do paciente ter seu próprio ponto de vista quanto ao tratamento, pedir opções alternativas de tratamento, e procurar outras opiniões de profissionais se desejarem: o paciente tem autonomia para escolher o seu tratamento (29). Assim vai participar e ter um papel ativo durante a consulta, o que está relacionado com um aumento da satisfação do paciente (27). Este direito de participar e ser ator na tomada de decisão para o seu tratamento é explicitado em vários textos oficiais de organismos de estado ou associações. É o direito maior dos pacientes, mas por isso, precisam de ser informados (26). Ele pode receber esta informação de duas formas: pelo médico-dentista ou por outras fontes. Estas outras fontes podem ser família, amigos ou internet. A vantagem destas fontes é que foi um dos precursores desta mudança de paradigma: o aumento de conhecimento do paciente obrigou os pacientes a ter um papel mais ativo e os médicos-dentistas a aceitar este novo papel. As desvantagens são a possibilidade de receber informações erradas, inadequadas ou irrelevantes. Assim cabe ao médico-dentista ajudar o paciente a ter informações corretas e fiáveis (23,33).

“O médico-dentista tem de ser capaz de ter o consentimento informado do paciente para o tratamento ... e tem de lhe dar informação sobre o tratamento proposto, outras opções de tratamentos, riscos relevantes, custos para permitir ao paciente ser capaz de fazer uma escolha informada”. De fato, as informações que o médico-dentista vai dar têm como objetivo permitir ao paciente tomar uma decisão, e assim, ter o seu consentimento informado, como explica também a FDI (29,35). A informação deve ser a mais completa possível para o paciente.

Será completa se tiver as informações seguintes:

- Estado de saúde do paciente
- Proposta de exames / tratamentos
- Alternativas possíveis
- Prognóstico para cada tratamento
- Número e tipo de consulta
- Plano de tratamento
- Consequências sem tratamento
- Benefícios do tratamento
- Riscos potenciais
- Limitações
- Responsabilidades do paciente e do médico-dentista para o sucesso
- Possíveis mudanças no plano de tratamento
- Custos, a não esquecer, porque é muito importante para o paciente (26, 27)

Na tabela 1 presente em anexos, encontram-se as características ideais de uma boa informação (27).

Respeitar a autonomia do paciente, aceitar que o paciente pode escolher livremente o seu médico-dentista ou ainda, dar acesso ao paciente a todos os seus registros médicos e dentários (29).

1.2.3.2 *Respeito e dignidade*

Mesmo que pareça lógico, é importante relembrar que esta relação é baseada no respeito de cada um, dos seus direitos e da sua dignidade. De facto, a autoestima é um impulso natural do ser humano. É importante que o médico-dentista identifique os valores, crenças ou ainda sentimentos do paciente e respeite estas diferenças para tratar cada paciente de maneira individualizada. Podemos falar assim de conhecimento contextual do paciente. Este respeito está intimamente relacionado com a confiança que vamos desenvolver, e assim, facilita a comunicação com o paciente, permitindo-lhe falar mais facilmente (23, 34).

A FDI inclui o respeito dos membros da equipa dos consultórios de medicina-dentaria como compromisso com o paciente, permitindo diminuir o stress do profissional e assim melhorar os cuidados que são fornecidos (29).

1.2.3.3 *Confiança e confidência*

A confiança é definida com a fé que se deposita em alguém (36). É uma mistura complexa de crenças e expectativas consistindo em elementos emocionais e cognitivos, crucial nas profissões de saúde e que faz parte integral do contrato entre o médico-dentista e o paciente (37). A confiança não é linear, mas pode evoluir positivamente ou negativamente no tempo (34). Depende das expectativas do paciente para o seu tratamento, das capacidades do médico-dentista estabelecer e manter expectativas razoáveis do paciente. De fato, se o paciente tem expectativas demasiado altas, e o médico-dentista não responde a estas expectativas, então o paciente vai perder a sua confiança no médico-dentista (37). Esta confiança é obtida através de vários pontos, como por exemplo, admitir os seus erros, não julgar, ou ainda através do respeito, ou do encorajamento para falar e fazer perguntas, mas pode ser perdida com uma falta de compreensão, falta de comunicação (34, 37). Um dos aspetos fundamental para a confiança e a rMdP é a confidência das informações do paciente ou sigilo (35). É um dever do médico-dentista garantir a confidencialidade em relação à informação médica e dentária e registros de pacientes, e de garantir também o sigilo da sua equipa (29). A confiança vai influenciar o resultado dos tratamentos através da aderência e da participação do paciente, reduzir a ansiedade e aumentar o estado de saúde e a satisfação do paciente (37).

Mas, em todos os pontos desta rMdP, a confiança é bilateral, ou seja, é também importante que o médico-dentista tenha confiança no seu paciente e em particular na veracidade das informações transmitidas. Assim a confiança do médico-dentista vai criar-se com o respeito e a honestidade (37).

1.2.4 Influência do paciente

Cada elemento visto precedentemente pode ser influenciado pelos dois lados da relação médico-dentista paciente. Ao nível do paciente, o seu comportamento vai ser a consequência da sua personalidade, das suas experiências passadas, das conversações com os outros: ele chega ao consultório condicionado (23,24). Dentro do processo de cura, num modelo de colaboração do paciente, precisamos em particular da sua adesão ao plano de tratamento. Assim vamos em primeiro lugar definir a adesão do paciente, e quais são os obstáculos mais frequente para depois detalhar duas situações que ocorrem frequentemente no consultório: a ansiedade e o medo, fonte de stress para o paciente e para médico-dentista.

1.2.4.1 *Adesão ao Tratamento*

A adesão do paciente a um tratamento ou a um plano de tratamento define o grau de aceitação e de participação no seu tratamento. É diferente da conformidade, que é associado a um modelo de atividade-passividade que exprima só uma aceitação do plano de tratamento. No âmbito da saúde oral, o papel do paciente é primordial no tratamento e é por isso que temos de procurar a adesão do paciente (24). Esta adesão não é fixa, mas vai evoluir no tempo (38) e pode melhorar ou piorar estando influenciado por vários fatores (Tabela 2 presente nos anexos) (24,27,37-40).

1.2.4.2 *Ansiedade e medo*

A consulta, e em particular o momento dos tratamentos, pode ser fonte de ansiedade ou mesmo medo para o paciente. Vai ter influência sobre a baixa qualidade de saúde oral do paciente (41). A ansiedade é definida como o estado de perturbação psicológica causado pela perceção de um perigo ou pela iminência de um acontecimento desagradável ou que se receia (42). O medo é um sentimento de inquietação que surge com a ideia de um perigo real ou aparente (43). Assim, a ansiedade é uma apreensão de uma situação que dá medo. O medo é mais prevalente nos jovens e em particular nas mulheres (44).

A etiologia da ansiedade varia com a idade do paciente. Depende de atributos psicanalíticos, comportamentais e condicionais do paciente, mas também dos seus traços básicos de personalidade. O medo e a ansiedade em geral têm como fonte muitas vezes opinião e crenças negativas pré-existentes (45). Existem traços comuns aos pacientes ansiosos que podem ser facilmente identificados na cadeira do consultório: o paciente sente-se culpado, vergonhoso, embaraçado e tem uma perda de autoestima (45).

As consequências da ansiedade e do medo são várias. Existe o que é chamado o ciclo do medo: os pacientes atrasam o momento de consultar, assim os problemas que têm são maiores no momento da consulta, os tratamentos são mais traumatizantes, o que vai aumentar o medo. Outras consequências são a diminuição da quantidade de informação lembrada pelo paciente, o paciente é menos satisfeito em geral (40,45) (Figura 1).

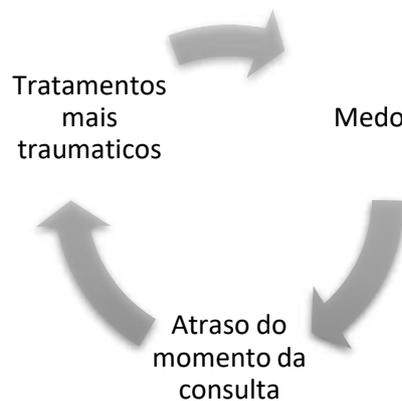


Figura 1: Ciclo do Medo no consultório

Uma boa rMdP e uma melhor comunicação permite mais facilmente gerir a ansiedade do paciente e assim diminuir o seu medo (40,41). A primeira etapa vai ser de deduzir as características comportamentais e os traços de personalidade do paciente, desde a primeira abordagem na anamnese:

- Distinguir diferentes tipos de comportamento, com base no discurso e nas ações do paciente.
- Associar os comportamentos observados com diferentes traços de personalidade.
- Concluir sobre o tipo de personalidade do paciente.
- Explicar o diagnóstico e plano de tratamento, considerando a perspetiva psicológica do paciente.

- Tomada de decisões com base nos traços de personalidade do paciente e considerando o seu possível comportamento.

Depois de perceber as características comportamentais e os traços de personalidade, vamos utilizar se necessário, técnicas de controlo farmacológico e não farmacológico para diminuir a ansiedade do paciente:

- Reconhecer um paciente fóbico ou com algum grau de incapacidade para realizar medidas especiais durante o tratamento.
- Identificar pacientes que são difíceis de gerenciar, determinando o uso de técnicas farmacológicas ou não farmacológicas.
- Identificar as fontes que produzem fobia ou ansiedade nos pacientes.
- Gradualmente, expor os pacientes a situações de produção de ansiedade.
- Conversar com os pacientes sobre seus medos para familiarizá-los com este tópico.
- Instruir o paciente a respirar e relaxar para controlar sinais e sintomas fóbicos ou ansiosos.
- Identificar as experiências traumáticas anteriores do paciente.
- Manter um local de trabalho organizado, luminoso e espaçoso para proporcionar conforto ao paciente
- Instruir sua equipa de trabalho a agir cordialmente em relação ao paciente.
- Escolher quando usar técnicas de sedação oral em pacientes com fobia ou submetidos a procedimentos invasivos (41).

1.2.5 Influência do Médico-dentista e das suas competências sociais

O contrato social que existe entre os médicos-dentistas e a sociedade obriga os profissionais a trabalhar de maneira altruísta e não interessada (31). As competências sociais são essenciais ao médico-dentista para criar uma boa relação com o seu paciente. Estas competências entram no que se chama a inteligência emocional, que define o tipo de inteligência social que envolve a habilidade de gerir e utilizar as suas emoções e as emoções dos outros, a fim de ter informações que influenciam o seu pensamento e as suas ações (41). Estas competências sociais são as mais importantes quando um paciente tem de

avaliar o seu médico-dentista, como são mais acessíveis do que a avaliação de atos técnicos (40,46). As competências sociais bem utilizadas vão permitir diminuir o medo, aumentar a adesão ao tratamento, e a satisfação do paciente (38).

1.2.5.1 *Comunicação verbal e não verbal*

A comunicação define-se como uma construção técnica entre um emissor e um recetor (47). Seymour define a comunicação na área da saúde como “Um campo multifacetado e multidisciplinar de pesquisa, teórico e prático preocupado em alcançar diferentes populações e grupos para trocar informações, ideias e métodos relacionados com a saúde para influenciar, capacitar e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, pacientes, formuladores de políticas, organizações, grupos especiais e o público para que eles possam defender, apresentar, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política de saúde ou social que, em última análise, permite melhorar os resultados individuais, comunitários e de saúde pública.” (48). O Código de Ética dos médicos-dentistas da União Europeia explica que uma boa comunicação é fundamental para a rMdP (35). Com a mudança de paradigma na relação médico-dentista paciente e a adoção do modelo de cooperação mútua, a comunicação tomou um papel indispensável para a partilha de informação e a participação do paciente na tomada de decisão (32). De fato esta relação vai ser baseada num diálogo contínuo, aberto e confiável, com partilha de informação e conhecimento (34).

As capacidades de comunicação são consideradas como essenciais na rMdP tanto para os pacientes como para os médicos-dentistas e os estudantes (47). Existem dois tipos de comunicação: a comunicação verbal que define tudo que vai ser dito, e a comunicação não verbal que descreve o que vai dizer o comportamento da pessoa, as suas ações, a sua posição ... A comunicação é a base do tratamento individual e específico de cada paciente (34) e assim com uma abordagem centrada sobre o paciente e não sobre a doença ou o tratamento.

As consequências de uma boa comunicação tanto verbal como não verbal são:

- Aumento da confiança do paciente (37)
- Melhora a educação do paciente
- Diminui os problemas com o paciente
- Melhora a motivação (32)
- Melhora a adesão ao tratamento
- Permite a criação de uma boa relação
- Melhora o sucesso dos tratamentos
- Menos burn-out e stress no médico-dentista (32,47) e assim menos erros no tratamento (47)

As características de uma boa comunicação do médico-dentista são resumidas em anexo na tabela 3 (27,32,34,37,41).

Os problemas mais frequentes que podem existir na comunicação entre o médico-dentista e o paciente são o facto do médico-dentista não permitir que o paciente fale, ou ainda, a incompreensão devido os vários sentidos de uma mesma palavra (23). As origens destes problemas são a falta de treino do médico-dentista, as circunstâncias no momento, o papel que o médico-dentista adota ou ainda uma possível barreira de língua entre dois membros da rMdP que seriam de nacionalidade diferente (32, 25).

1.2.5.2 *Empatia*

Num contexto geral a empatia descreve as tentativas de compreender as experiências e os sentimentos de outra pessoa, e a capacidade de refletir essa compreensão de maneira a ajudar a outra pessoa a resolver o seu problema. No âmbito da saúde pode ser visto com um atributo cognitivo e comportamental que envolve a capacidade de perceber como as experiências e os sentimentos de um paciente influenciam e são influenciados pelos sintomas e pela doença, e assim a capacidade de comunicar essa compreensão. Pode ser descrita como uma compaixão objetiva que não vai interferir nos processos de diagnósticos e tratamentos (38). Assim é o elemento mais influente da rMdP, é a espinha dorsal da

abordagem terapêutica centrada no paciente. Também é um elemento importante na consideração do profissionalismo, tanto pelos pacientes como pelos profissionais (30).

As características básicas que mostram um comportamento de empatia do médico-dentista durante a consulta são resumidas em anexo na tabela 4 (41).

Utilizando estes exemplos de comportamento deve-se mostrar ao paciente a empatia e assim:

- Aumentar as competências do médico-dentista na anamnese e no exame físico
- Aumentar a satisfação do médico-dentista e do paciente
- Diminuir os litígios
- Aumentar a motivação do paciente em participar
- Diminuir o medo
- Aumentar a adesão ao tratamento (30, 38)
- Aumentar a confiança e facilitar a comunicação (30)

1.2.6 Influência do gênero na relação Médico-dentista Paciente

Nesta profissão que estava dominada pelos homens, observamos um aumento importante do número de mulheres. O gênero do médico-dentista influencia a visão do paciente. De fato, um médico-dentista de sexo feminino é visto como um profissional que tem mais empatia, que toma mais o tempo a falar com os pacientes, mais humanos na relação ou na generalidade têm melhores habilidades sociais (49, 50). Se a quantidade de comunicação é afetada, a qualidade não parece ser afetada (41). Assim, elementos fundamentais de uma boa relação parecem ser mais presentes nas profissionais.

O gênero do paciente tem também a sua importância: está provado que os pacientes de sexo feminino são mais satisfeitos com os serviços de saúde oral, elas participam mais nas decisões, mas também esperam mais gentileza da parte do médico-dentista, menos dor e mais asseguramento (25).

1.2.7 Consequência de uma boa relação Médico-dentista/Paciente

O objetivo de uma boa relação Médico-dentista/Paciente é melhorar as consultas e os tratamentos tanto para os pacientes como para os profissionais, assim:

- Para o profissional:
 - Diminuição das reclamações e dos conflitos
 - Mais satisfação
 - Uma boa reputação
 - Aumento da qualidade dos serviços
 - Aumento da adesão dos pacientes aos tratamentos
 - Diminuição do stress do profissional
 - Aumento do número de consultas
- Para o paciente:
 - Diminuição da ansiedade e medo
 - Uma melhor prevenção das doenças e manutenção da saúde oral
 - Mais satisfação do paciente
 - Diminuição da ansiedade e medo
 - Aumento da colaboração
 - Melhores resultados nos tratamentos (27, 41, 51)

Assim, observamos que a relação médico-dentista/paciente é uma relação complexa, tendo várias interinfluências dos seus componentes (Figura 2)

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo perceber se a nacionalidade do médico-dentista, e mais particularmente do estudante de medicina dentária, influencia a relação médico-dentista paciente.

3. MATERIAIS E METODOS

3.1 Metodologia da elaboração da introdução

A revisão sistemática da literatura sobre a relação médico-dentista/paciente foi feita na base de dados PUBMED com a palavra chave “Dentist Patient relationship” presente no título ou no abstract, sem limite temporal. Dos 119 artigos presentes, 36 foram conservados após leitura do título, do abstract e da verificação da acessibilidade. Após leitura completa dos artigos, 26 foram utilizados para a parte da introdução sobre a relação médico-dentista paciente. Foram acrescentados 25 documentos de várias pesquisas de informação, em particular sobre a mobilidade dos estudantes.

3.2 Estudo nº1

Em primeiro lugar, foi efetuado uma revisão sistemática da literatura com pesquisa na PUBMED utilizando as palavras-chave em 3 línguas (inglesa, francesa e portuguesa)

- Foreign student / patient relationship
- Overseas student / patient relationship
- Foreign dentist / patient relationship
- Overseas dentist / patient relationship
- International student / patient relationship
- International dentist / patient relationship

Não foi encontrado nenhum estudo sobre este tema. Assim foi elaborado um inquérito para tentar responder ao nosso objetivo. A hipótese de trabalho é “existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de compreensão, respeito, confiança, ansiedade, clareza das explicações e satisfação dos pacientes de acordo com a nacionalidade do médico-dentista”.

O inquérito é elaborado a partir de perguntas fechadas, dividido em dois grupos, um para caracterizar os inquiridos, e um outro para responder aos objetivos do estudo com cinco possibilidades de resposta: “negativo”, “pouco negativo”, “mais ou menos”, “pouco positivo” e “positivo”. O questionário foi aplicado aos pacientes da Clínica Universitária Filinto

Baptista, no fim da consulta, entre os dias 1 de março 2017 e o dia 1 de maio 2018. Na análise dos resultados utilizamos uma análise descritiva, nomeadamente frequências, percentagens, médias e desvio padrão. Para verificar a existência ou não de diferenças nos níveis de compreensão, ansiedade, confiança, respeito, clareza das explicações e satisfação dos pacientes relativamente ao médico-dentista, utilizamos o teste de Mann-Whitney. A opção por uma análise não paramétrica deve-se ao facto dos grupos em estudo (Médico-dentista português/Médico-dentista de outra nacionalidade) não seguir uma distribuição normal. Trabalhamos com um nível de significância de 0,05. Para tratar os dados, foi utilizado IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

3.3 Estudo nº2

Em primeiro lugar, foi feita uma revisão sistemática da literatura no PUBMED, excluindo-se os artigos que não são de acesso livre, utilizando as palavras-chave:

- Foreign dental student experience
- International dental student experience
- Foreign medical student
- International medical student

Não foi encontrado nenhum estudo que avalie o ponto de vista dos estudantes de medicina-dentaria que estão a viver uma experiência de estudo fora do país de origem.

Foi assim elaborado um inquérito a partir de perguntas de tipo aberta. O questionário foi entregue a 49 estudantes de quinto ano (com mais de um ano de experiência na clínica universitária) de nacionalidade estrangeira (francesa, italiana e espanhola) entre os dias 9 e 21 de abril 2018. Os dados foram tratados pelo autor com a ajuda da Professora Doutora Vera Almeida, Doutorada em Psicologia. As ideias principais presentes nas respostas foram categorizadas, sendo que podem existir mais do que uma ideia presente numa resposta.

4. RESULTADOS

4.1 Estudo nº1

Dos 86 inquéritos recebidos, 16 foram excluídos, 9 não foram corretamente preenchidos, 4 foram preenchidos por pacientes menores e 3 por pacientes não portugueses. Os 70 restantes, têm idade compreendida entre 18 e 82 anos (media de 47,89; dp=16,46) e 52,9% são do género feminino e 47,1% do género masculino (Tabela 5). 50% dos pacientes acreditam ir com frequência à consulta de medicina-dentaria (Tabela 6). Dos respondentes ao inquérito, 44,3% foram atendidos por estudantes de nacionalidade portuguesa enquanto 53,7% foram atendidos por estudantes de outra nacionalidade (Tabela 7). Destes 39 pacientes, 24 tiveram a primeira experiência com uma pessoa de outra nacionalidade, enquanto 13 explicaram que não foi a primeira vez e 2 não responderam (Tabela 8). Sobre os 31 pacientes tratados por estudantes portugueses, 2 não indicaram o sexo enquanto 70% foram tratados por médicos-dentistas do sexo feminino e 30% por médicos-dentistas masculinos. Nos estudantes de outra nacionalidade, a repartição é respetivamente de 59% e 41% (Tabela 9).

Apesar de os níveis de clareza das explicações, ansiedade e respeito serem mais elevados com os estudantes de outra nacionalidade (MeanRank respetivamente de 35,68; 37,54 e 35), comparativamente com os estudantes portugueses (MeanRank respetivamente de 35,27; 32,94 e 33,87) estas diferenças não são estatisticamente significativas. Da mesma forma, os níveis de compreensão e confiança são mais elevados com os estudantes portugueses (MeanRank respetivamente de 35,32 e 35,5), comparativamente com os estudantes de outra nacionalidade (MeanRank respetivamente de 34,76 e 33,71) todavia estas diferenças não são estatisticamente significativas. Para o grau de satisfação, não se observa diferença em função da nacionalidade do estudante (Tabela 10).

Tabela 10: Teste de Mann-Whitney

	Nacionalidade do MD que consulta hoje	N	Mean Rank	U	p
As explicações do MD foram claras?	Portuguesa	31	35,27	597,5	ns
	Outro	39	35,68		
Sentiu compreendido pelo MD?	Portuguesa	30	35,32	575,5	ns
	Outro	39	34,76		
Sentiu ansiedade durante esta consulta?	Portuguesa	31	32,94	525	ns
	Outro	39	37,54		
Tem confiança no MD que o atendeu hoje?	Portuguesa	30	35,50	540	ns
	Outro	38	33,71		
Qual é o seu grau de satisfação sobre a consulta geral?	Portuguesa	30	34,50	570	ns
	Outro	38	34,50		
Acha que o seu MD o atendeu com respeito?	Portuguesa	30	33,87	551	ns
	Outro	38	35,00		

ns: $p > 0.05$

Nas Tabelas 11 e 12 podemos observar as frequências de respostas em função da nacionalidade para as perguntas “Habitualmente tem medo de ir no médico-dentista” e “Sentiu ansiedade durante esta consulta”. Os pacientes atendidos por estudantes de outra nacionalidade são menores em relação a habitualmente não ter medo do médico-dentista (50% de negativo para 46,7% negativo nos pacientes atendidos por estudantes portugueses) mesmo se tem uma frequência de resposta positiva maior (34,2%). enquanto na segunda pergunta, a frequência de dor foi maior (59,0% de negativo nos pacientes atendidos por estudantes de outra nacionalidade para 74,2% para os pacientes atendidos por estudantes portugueses).

Para a última pergunta, 66 dos 68 pacientes que responderam querer ser tratados de novo pelo mesmo estudante. Os dois pacientes que não querem foram tratados por estudantes de nacionalidade portuguesa (Tabela 13).

4.2 Estudo nº2

Dos 49 questionários entregues, 36 foram preenchidos, sendo que quatro foram excluídos devido a respostas não tratáveis.

Na primeira pergunta, que aborda a experiência da primeira consulta, 8 estudantes não se lembravam enquanto 24 lembravam-se. Destes 24, cinco alunos não detalharam a consulta. Nos 23 questionários restantes, 15 falam acerca dos tratamentos efetuados, e 20 dão informação sobre a relação com o paciente, sendo 9 para descrever as emoções do próprio estudante (só uma sendo positivo, os restantes descrevendo medo, ansiedade ou stress), 7 para descrever o paciente, 4 sobre a comunicação com o paciente sendo exclusivamente positivas. Por fim, só um estudante referiu a satisfação do paciente (Figura 3)

Na segunda pergunta, tratando da opinião dos alunos sobre uma boa relação médico-dentista paciente, dois questionários não são utilizáveis por causa da ausência de detalhe na resposta. As ideias principais foram classificadas em 3 grandes temas: pontos comuns aos dois protagonistas da relação, variáveis dependentes do paciente e variáveis dependentes do médico-dentista. Temos 21 pontos-chave sobre o médico-dentista, sendo 11 sobre a suas competências sociais e de comunicação, 5 sobre as suas capacidades técnicas e 5 sobre a sua empatia. Em segundo lugar os pontos comuns são citados 19 vezes, sendo a confiança a mais referenciada (11 vezes), seguido pela importância da informação (4), a satisfação do paciente e os resultados do tratamento (3) e por fim, 1 falando da importância do respeito entre o médico-dentista e o paciente. As variáveis dependentes do paciente foram citadas 5 vezes, 3 estando ligadas ao medo e à ansiedade deste paciente, e dois referindo a importância da sua adesão ao tratamento (Figura 4).

Na terceira pergunta, que pretendia descrever os problemas mais frequentes com os pacientes, um questionário não foi considerado devido à falta de detalhes na resposta e um não respondeu. Nos 30 questionários restantes, 7 descrevem que nunca houve problemas com os pacientes enquanto 23 referem vários problemas sendo descritos em ordem decrescente de frequência na tabela 14.

Podemos observar que os problemas mais frequentes estão ligados aos aspetos de uma boa relação Médico-dentista/Paciente. É interessante também sublinhar a influência da idade do paciente com os problemas. De fato, as populações especiais que são os idosos e as crianças são referidos de maneira espontânea e frequente quando falam dos problemas de colaboração e de compreensão.

Na pergunta seguinte, questionamos os estudantes se já tiveram problemas para comunicar ou perceber o paciente. Quatorze responderam que não e 18 respondem que sim, e por fim, uma resposta refere os problemas de percepção do paciente devido a linguagem técnica. Nestes dezoitos, 14 dão mais informações sobre a causa do problema enquanto treze explicam que são problemas de percepção deles, só uma fala do problema de percepção do paciente e do seu problema de comunicação por causa do tecnicismo da sua linguagem. As causas mais frequentes referidas pelos estudantes estão na tabela 15 por ordem decrescente de frequência de aparição nas respostas.

Na penúltima pergunta, 21 alunos referem que nunca sentiram aversão dos pacientes pelo facto de serem de outra nacionalidade, enquanto nove têm experiências de aversão, três de maneira pontual e seis de modo mais frequente. Por fim, dois referiram que pelo contrário, o facto de ser de outra nacionalidade suscita curiosidade ao paciente e não aversão.

Na última pergunta, foi proposto aos estudantes que fornecessem informações adicionais suscetíveis de interessar os autores. Oito estudantes responderam, 4 com considerações pessoais sem utilidade para o estudo. Nos últimos quatro, voltamos a verificar a ideia que ser de outra nacionalidade é útil para começar a comunicar com o paciente, que é o ponto de partida do diálogo com o paciente muitas vezes.

5. DISCUSSÃO

Após a análise dos resultados dos dois estudos, várias interpretações podem ser feitas sobre as ligeiras diferenças encontradas acerca dos diversos componentes da relação médico-dentista/paciente em função da nacionalidade.

Observamos uma compreensão do médico-dentista menor no caso de estudantes de outra nacionalidade nos inquéritos entregues aos pacientes. Esta informação está também presente no segundo estudo onde observamos que o segundo problema mais frequente dos estudantes de outra nacionalidade é a compreensão deles, principalmente devido a

problemas linguísticos, mas também influenciado pela idade dos pacientes (pacientes jovens e idosos são mais difíceis a perceber) ou ainda pelo regionalismo da linguagem de alguns pacientes. Por outro lado, observamos no segundo estudo que os estudantes de outra nacionalidade estão conscientes da importância das competências sociais e da comunicação no estabelecimento de uma boa relação médico-dentista paciente. Contudo mostram-se muito focalizados sobre as capacidades técnicas deles como pode ser verificado na primeira pergunta do segundo estudo. Por outro lado, os pacientes tratados por estudantes de outra nacionalidade têm resultados de clareza das explicações ligeiramente maiores. Assim podemos formular a hipótese que devido as dificuldades linguísticas e de compreensão, eles fazem um esforço mais marcado nas explicações dadas ao paciente. Uma outra hipótese é o facto de que o vocabulário disponível para os estudantes de outra nacionalidade seja menos elaborado e mais compreensível pelos pacientes, apesar que um dos estudantes de outra nacionalidade referir a dificuldade dos pacientes em perceber devido ao tecnicismo da sua linguagem.

A ansiedade dos pacientes é ligeiramente maior nos pacientes tratados por estudantes não portugueses. Pode ser explicável pelo facto de que a percepção de uma menor compreensão do médico-dentista de outra nacionalidade pode criar ansiedade no paciente. Também é necessário realçar que a percentagem de pacientes que sentiu dor durante a consulta foi maior quando foram tratados por estudantes de outra nacionalidade, sendo a dor uma fonte de ansiedade importante para os pacientes. Também observamos no segundo estudo que o medo e a ansiedade são a terceira causa mais frequente de problemas observados pelos estudantes de outra nacionalidade.

De novo, observamos níveis de respeito para o paciente ligeiramente maiores no caso de estudantes de outra nacionalidade. Observamos na segunda pergunta do segundo estudo que não é um ponto de grande importância para uma boa relação médico-dentista no caso de estudantes de outra nacionalidade. Por outro lado, podemos concluir do segundo estudo que não há uma aversão importante dos pacientes pelo facto de ser tratado por médicos-dentistas de outra nacionalidade. É importante questionar se com outras populações poderíamos obter os mesmos resultados que em Portugal.

Os níveis de confiança são ligeiramente mais altos quando a consulta é feita por estudantes portugueses apesar de observamos que quando pedimos aos estudantes de outra nacionalidade para descreverem o que é para eles uma boa relação médico dentista, a confiança seja o tema mais citado. Em concordância com os resultados de ansiedade que são ligeiramente mais altos quando tratado por estudantes de outra nacionalidade. De facto, a confiança e a ansiedade, estão relacionados como foi explicado na introdução. Por outro lado, sugere-se que a confiança e o respeito são mutuamente dependentes, observamos mais respeito para os estudantes de outra nacionalidade. Um dos pontos cruciais para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o médico-dentista e o paciente são o respeito, mas também a garantia da confidencialidade de tudo o que é dito e feito na consulta, ou seja, o sigilo profissional. Seria interessante estudar se os resultados seriam os mesmos com estudantes portugueses para verificar se é uma possibilidade de explicação para estes resultados ou se é mesmo devido à diferença de nacionalidade.

O último ponto que foi estudado tem a ver com a satisfação do paciente. Não observamos nenhuma diferença entre os dois grupos de pacientes. De facto, estes níveis são elevados nas duas populações de estudo. Observamos também que sobre os 68 inquéritos do primeiro estudo com a última pergunta respondida temos 66 pacientes que querem ser tratados de novo pelo mesmo médico-dentista. A satisfação do paciente é influenciada pelas capacidades técnicas do médico-dentista, mas também por vários fatores, como a confiança e a comunicação, o que está em consonância com os resultados que obtivemos no nosso primeiro estudo.

É também importante notar que no segundo estudo, observamos uma elevada preocupação dos estudantes estrangeiros em relação às capacidades técnicas dentro de várias perguntas.

O último ponto da relação médico-dentista paciente que foi avaliado no segundo estudo é a colaboração dos pacientes. Foi descrito pelos estudantes de outra nacionalidade com o problema mais frequente referido durante as consultas em particular com os pacientes de idade avançada ou nos jovens. Como foi descrito na introdução, vários fatores vão influenciar a adesão dos pacientes, não só na consulta, mas também no seguimento das

consultas. Por exemplo, o medo dos pacientes, foi descrito como maior no caso de estudantes de outra nacionalidade. As explicações e a confiança também vão influenciar. Apesar de a clareza das explicações ser ligeiramente maior nos estudantes de outra nacionalidade, a confiança estava mais presente quando os pacientes eram tratados por estudantes portugueses. Seria interessante estudar as respostas de estudantes portugueses a esta pergunta para perceber se este problema é mais presente nos estudantes de outra nacionalidade ou não.

Seria interessante realizar estes estudos noutras universidades com população estudantil estrangeira a fim de verificar estes resultados noutras regiões de Portugal, mas também em outros países a fim de observar se a nacionalidade própria do paciente vai interferir nestes resultados. Seria interessante estudar se outros componentes desta relação como a empatia do profissional de saúde ou então a adesão ao tratamento, que é um componente e uma consequência de uma boa relação médico-dentista paciente, são afetados pela nacionalidade. Afim de perceber melhor as causas das ligeiras diferenças observadas, seria interessante de replicar o segundo estudo com uma população de estudantes portugueses.

6. CONCLUSÃO

Apesar existir ligeiras diferentes nos principais componentes da relação médico-dentista/paciente, não são estatisticamente significativas. Podemos assim concluir que não há grandes alterações na relação estudante em medicina dentaria / paciente devido à nacionalidade do estudante no caso da população da Clínica Universitária Filinto Baptista.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Global Flow of Tertiary-Level Students [dataset on Internet]. Unesco Institute for Statistics. [cited 2016 May 3]. Available from: <http://uis.unesco.org/en/uis-student-flow>
2. Oliveira IT, Ramos M, Ferreira AC, Gaspar S. Recent Trend Concerning Foreign Students in Portugal (2005/6 to 2012/13). RED. 2005; 54:39-55.
3. Vassiliou A. Mobility. In: EACEA P9 Eurydice. The European Higher Education Area in 2012: Bologna Process Implementation Report. Brussels (BE): Eurydice; 2012. p. 151-171
4. Verger J. La mobilité étudiante au Moyen Âge. In: Service d'histoire de l'éducation, éditeur: Histoire de l'éducation Ve-XVe siècles. [Internet]. 50 ed. Paris : I.N.R.P. ; 1991; 65-90 [cited 2015 Oct 16]. Available from: doi : 10.3406/hedu.1991.2494
5. Karady V. La migration internationale d'étudiants en Europe, 1890-1940, IN : Actes de la recherche en sciences sociales 2002;5(145):47-60. DOI 10.3917/arss.145.0047
6. La documentation Française [Internet]. Paris (FR) : Direction de l'information légale et administrative. La mobilité des étudiants en Europe et dans le monde. [cited 2016 May 3]; [about 8 screens]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000043-la-mobilite-des-etudiants-en-europe-et-dans-le-monde>
7. Council of Europe [Internet]. Strasbourg (FR): Council of Europe; 2016. Bologna for Pedestrians. [updated 2014, cited 2016 May 3]; [about 3 screens]. Available from: https://www.coe.int/t/dg4/highereducation/ehea2010/bolognapedestrians_EN.asp
8. Wikipedia [Internet]. St. Petersburg (FL): Wikimedia Foundation, Inc; 2001. Erasmus Programme. [updated 2016 Apr 12; cited 2016 May 4]; [about 6 screens]. Available from : https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Erasmus_Programme&action=history

9. OCDE. Indicator C4: Who studies abroad and where? In: Education at a Glance 2015: OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris, 2015;352-69 <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2015-en>.
10. OCDE. Qui étudie à l'étranger et où ? In: Regards sur l'éducation 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, 2011;342-65 <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2011-25-fr>.
11. Foka L. 3 600 000 Étudiants Internationaux. L'essentiel des chiffres Clés [Internet]. 2013 Jun [cited 2016 May 03]; 7:1-8. Available from: http://ressources.campusfrance.org/publi_institu/etude_prospect/chiffres_cles/fr/brochure_campusfrance_chiffres_cles_n7_essentiel.pdf
12. Centre de ressources et d'ingénierie documentaires. La mobilité des étudiants en Europe, 30 ans du programme Erasmus/Erasmus+. Focus Ressources Documentaires D'Actualité [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Apr 12]. Available from: <http://www.ciep.fr/sites/default/files/atoms/files/focus-la-mobilite-des-etudiants-en-europe-30-ans-du-programme-erasmus-erasmus.pdf>
13. Benoit A, Mathelin V, Dulau M. La mobilité des étudiants d'Europe. Les notes du Campus France [Internet]. 2012 May [cited 2016 May 3]. Available from: http://ressources.campusfrance.org/publi_institu/agence_cf/notes/fr/note_37_fr.pdf
14. Erasmus Expertise [Internet]. Pessac (FR): Erasmus Expertise; 2016. La mobilité étudiante en Europe. [updated 2014 Oct 22; cited 2016 May 5]; [about 14 screens]. Available from: <http://erasmus-expertise.org/article-la-mobilite-etudiante-en-europe/>
15. Toute l'Europe.eu [Internet]. Paris (FR) : Toute L'Europe. Chiffres sur le programme Erasmus +. [updated 2018 Mar 28; cited 2018 Apr 12]. Available from: <https://www.touteurope.eu/actualite/10-chiffres-sur-le-programme-erasmus.html>
16. Cattan N. Genre et mobilité étudiante en Europe In: Espace populations sociétés [Internet], 2004;1 :15-27 [updated 2009 Jan 26; cited 2016 Nov 03]. Available from : <http://eps.revues.org/485>
17. Erlich V. Les mobilités étudiantes en Europe : Des inégalités renforcées face aux défis de l'internationalisation. OVE Infos [internet]. 2015 Nov 28 [cited 2016 May

- 5] ; 28:1-15. Available from : http://www.ovenational.education.fr/medias/OVE_Info_28_Novembre_2013.pdf
18. Alves E, Ataíde J, Dias P, Bento A, redatores. Serviço de estrangeiros e fronteiras. A Imigração de Estudantes Internacionais para a União Europeia: O Caso Português. [Internet], Aug 2012 [cited 2016 May 4]. Available from : https://rem.sef.pt/PagesPT/DocsPT/EstudosNacionais/2012_imigracao_estudantes.pdf
 19. Belghith F, Ferro M, Le Corgne S. La vie étudiante : les séjours à l'étranger dans le cadre des études. In : État de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche en France – 47 Indicateurs [Internet]. LEFEBVRE O. éd. Paris : Ministère de l'Éducation National, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2014; 15(7):40-41 [cited 2018 Jan 16] [About 7 screens]. Available from : https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/7/EESR7_ES_15.php?xtor=CS2-10
 20. Bonnet A. La mobilité étudiante Erasmus : apports et limites des études existantes [report]. Agence Erasmus + France [internet]. 2012 Mar [cited 2016 May 4]. Available from: <http://www.agence-erasmus.fr/docs/mobilite-Erasmus-CIEP.pdf>
 21. Buchan J, Wismar M, Glinos IA, Bremmer J. Health Professional Mobility in a Changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses. Observatory Studies Series. 2012; 2(32):3-152.
 22. EFP e EAPD. Facilitating the mobility of dental specialists in Europe [position paper]. Available from: <http://www.efp.org/pdf/news/joint-efp-eapd-position-paper-on-the-recognition-of-professional-qualifications-54.pdf>
 23. Collett HA. Influence of dentist-patient relationship on attitudes and adjustment to dental treatment. JADA. 1969 Oct; 79:879-84.
 24. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 5. Modification of Behaviour. Int Dent J. 2005; 55(6):395-7.
 25. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kaariainen R. Opinions of different subgroups of dentists and patients about the ideal dentist and the ideal patient. Community Dent Oral Epidemiol. 1995; 23:89-94.

26. Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman M. Dutch dental patients on informed consent: knowledge, attitudes, self-efficacy and behaviour. *Patient Educ Couns.* 2002; 46:47-54
27. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 4. Professional information and informed consent. *Int Dent J.* 2005; 55(5):342-4.
28. Dworkin SF. The Dentist as Biobehavioral Clinician. *J Dent Educ.* 2001 Dec; 65(12):1417-29.
29. World Dental Federation. FDI policy statement on partnering for better health – The dentist-patient relationship. *Int Dent J.* 2017; 67:8-9.
30. Babar MG, Hasan SS, Yong WM, Mitha S, Abdulameer H. Patients' Perceptions of Dental Students' Empathic, Person-Centered Care in a Dental School Clinic in Malaysia. *J Dent Educ.* 2017 Apr; 81(4):404-12.
31. Holden ACL. Dentistry's social contract and the loss of professionalism. *Aust Dent J.* 2017;62:79-83.
32. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 3. Communication. *Int Dent J.* 2005;55(4):254-6.
33. Chestnutt IG, Reynolds K. Perceptions of how the internet has impacted on dentistry. *Br Dent J.* 2006 Feb 11;200(3):161-5.
34. Kirshner M. The Role of Information Technology and Informatics Research in the Dentist-Patient Relationship. *Adv Dent Res.* 2003 Dec;17:77-81
35. Conti A, Delbon P, Laffranchi L, Paganelli C. What about the dentist-patient relationship in dental tourism ?. *J Med Ethics.* 2014;40:209-10.
36. Priberam Dicionario [Internet]. Lisboa (PT): Priberam Informatica; 2018. Confiança [cited 2018 Apr 17]; [about 1 screen]. Available from: <https://www.priberam.pt/dlpo/confian%C3%A7a>
37. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 2. Trust. *Int Dent J.* 2005; 55(3):168-170.
38. Sherman JJ, Cramer A. Measurement of Changes in Empathy During Dental School. *J Dent Educ.* 2005 Mar;69(3):338-345.
39. Corah NL, O'Shea RM, Skeels DK. Dentists' perceptions of problem behaviors in patients. *JADA.* 1982 Jun;104:829-833.

40. Corah NL, O'Shea R, Bissel GD. The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *JADA*. 1985 Sep;111(3):443-6.
41. Orsini CA, Jerez OM. Establishing a Good Dentist-Patient Relationship: Skills Defined from the Dental Faculty Perspective. *J Dent Educ*. 2014 Oct;78(10):1405-15.
42. Infopédia [Internet]. Porto (PT): Grupo Porto Editora; 2018. Ansiedade [cited 2018 Apr 17]; [about 1 screen]. Available from:
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/ansiedade>
43. Infopédia [Internet]. Porto (PT): Grupo Porto Editora; 2018. Medo [cited 2018 Apr 17]; [about 1 screen]. Available from:
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/medo>
44. Biro PA, Hewson ND. A survey of Patients' attitudes to their dentist. *Aust Dent J*. 1976 Oct;21(5):388-94.
45. Hathiwala S, Acharya S, Patil S. Personality and psychological factors: Effects on dental beliefs. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2015;33:88-92
46. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R. Dentist and patient opinions about the ideal dentist and patient – developing a compact questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:229-34.
47. Woelber JP, Deimling D, Langenbach D, Ratka-Krüger P. The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. *Eur J Dent Educ*. 2012;16:e200-e204.
48. Seymour B, Yang H, Getman R, Barrow, Kalenderian E. Patient-Centered Communication: Exploring the Dentist's Role in the Era of e-Patients and Health 2.0. *J Dent Educ*. 2016 Jun;80(6):697-704.
49. Smith MK, Dundes L. The Implications of Gender Stereotypes for the Dentist-Patient Relationship. *J Dent Educ*. 2008 May;72(5):562-70.
50. McKay JC, Quiñonez CR. The Feminization of Dentistry: Implications for the Profession. *J Can Dent Assoc* 2012;78:c1.
51. Yamalik N. Dentist-patient relationship and quality care 1. Introduction. *Int Dent J*. 2005; 55(2):110-112.

8. ANNEXOS

Tabela 1: Características de uma boa informação transmitida ao Paciente

Características de uma boa informação (27)
Informação clara e facilmente compreensível
Verificar a boa compreensão
Discussão verdadeira e franca
Incentivar os pacientes a fazer perguntas e responder a essas perguntas
Termos não técnicos e palavras do dia a dia
Tempo adequado
Informações específicas e detalhadas
Comportamento não paternalista
Preocupação com a limitação de compreensão técnica dos pacientes sobre cuidados com a saúde bucal
Ser atencioso e simpática
Evitando conversas negativas
Ênfase específica na educação e prevenção da saúde
Responsabilidade dos pacientes pelo sucesso a longo prazo dos cuidados
Respeito do direito de autodeterminação dos pacientes e atuação em caráter consultivo
Preocupação com as barreiras linguísticas dos pacientes e capacidade de entender
Não ser positivo demais com os planos de tratamento e aumentar as expectativas dos pacientes de forma irreal

Tabela 2: Fatores que influenciam a adesão ao tratamento

Fatores individual	Fatores relacionados com o médico-dentista
Económicos	Instruções detalhadas e específicas
Culturais	Habilidades psicossociais do médico-dentista
Conhecimento	Empatia do médico-dentista
Crenças sobre o tratamento	Confiança no médico-dentista
Hábitos de saúde	Comportamento do médico-dentista
O tratamento necessário	
O tempo de tratamento necessário	
O Medo	

Tabela 3: Características da Comunicação verbal e não verbal

Comunicação verbal	Comunicação não verbal.
Cumprimentar o paciente, apresentando-se e confortar-lhe através do que se chama conversas sociais	Evitar comportamento condescendente
Fazer perguntas abertas ou fechadas, dependendo das informações requeridas profissionalmente, repetir perguntas quando necessário e evitar perguntas duplas.	Comportamento educado e atencioso
Responde às preocupações do paciente com uma fala compreensível, de acordo com o contexto social do paciente.	Ser solidário, aberto e amigável
Expressa um tom seguro e direto e responde sem hesitação	Respeitar os direitos, valores, crenças, culturas e dignidade dos pacientes
Pronuncia de forma clara e lenta, garantindo a compreensão do paciente	Gestos naturais e suaves, de acordo com a conversa com o paciente
Explica os riscos e consequências dos procedimentos	Orienta a conversa em um ritmo calmo, deixando espaço para respostas dos pacientes.
Utiliza recursos de média para esclarecer as informações fornecidas	Usa pausas ou silêncios que promovem a compreensão pelo paciente
Explica o diagnóstico, contextualizando as informações fornecidas	Olha para o paciente, mostrando atenção e interesse
Utiliza recursos de média para esclarecer as informações fornecidas	Posiciona o corpo inclinado para o paciente como um sinal de atenção
Apresenta o plano de tratamento usando um tom sugestivo em vez de um tom imponente	Mantém seus braços em uma posição relaxada, transmitindo uma atitude confiante
Apresenta decisões através de um tom persuasivo, entusiasta e convincente, refletindo uma atitude de convicção	Respeite o espaço pessoal do paciente sem evitar a abordagem quando necessário
Incentivar o paciente a fazer perguntas, falar aberta e honestamente, expressar suas preocupações e participar do processo de tomada de decisão	
Promover a saúde bucal e estilos de vida saudáveis, fornecendo orientação clara, firme e relevante para a educação ao paciente	
Evitar escolhas inapropriadas e negativas de palavras e atitudes que possam causar ansiedade ou ainda a linguagem técnica	
Copiar o estilo do paciente e adaptar as palavras ao nível educacional do paciente	
Utiliza um volume de voz apropriado, aumentando-o para enfatizar palavras importantes	

Tabela 4: Características de um comportamento empático do médico-dentista

Características de um comportamento empático do médico-dentista (41)
Usa o senso de humor em situações apropriadas como um sinal de abertura para facilitar a comunicação e reduzir a distância social.
Expressa bondade, refletindo uma atitude positiva de disposição para ajudar.
Apresenta-se e diz adeus com um sorriso.
Apoia e baseia suas ideias sem ofender ou negligenciar o paciente.
Encontra o momento certo para expressar qualquer crítica ou reclamação.
Destaca os aspetos positivos do paciente na saúde bucal antes de expressar os negativos.
Aceita suas limitações, explicando quando algo está além de sua capacidade.
Reconhece o ponto de vista do paciente sem necessariamente adotar a mesma perspectiva.
Escuta ativamente, intercalando expressões e perguntas, mostrando atenção à história do paciente.
Aceita objeções e reclamações através de um tom calmo e calculado, transmitindo uma atitude reflexiva e controlada.
Presta atenção às mensagens e gestos dos pacientes, evitando manipulações deles

Tabela 5: Distribuição dos inquiridos pelo género

	Frequência	Percentagem
Feminino	37	52,9
Masculino	33	47,1
Total	70	100,0

Tabela 6: Frequência de Consulta no Médico-dentista

		Frequência	Percentagem
Costuma ir no Médico-dentista?	Sim	35	50,0
	Não	35	50,0
	Total	70	100,0

Tabela 7: Repartição da nacionalidade dos estudantes

		Frequência	Percentagem
Nacionalidade do estudante	Portuguesa	31	44,3
	Outro	39	55,7
	Total	70	100,0

Tabela 8: Frequência de primeira experiência com um estudante de outra nacionalidade

	Se foi tratado por um Médico-dentista de outra nacionalidade, é a primeira vez?		Total
	Sim	Não	
Pacientes tratados por estudantes de outra nacionalidade	24	13	37

Tabela 9: Género dos Médicos-Dentistas em função da nacionalidade

		Sexo do Medico Dentista		Total
		Feminino	Masculino	
Nacionalidade do Médico-Dentista	Portuguesa	20	9	29
	Outro	23	16	39
Total		43	25	68

Tabela 11: Tabela Cruzada Nacionalidade do médico-dentista * Habitualmente tem medo de ir no Médico-dentista?

			Habitualmente tem medo de ir no Médico-dentista?					Total
			Negativo	Um pouco negativo	Mais ou Menos	Um pouco positivo	Positivo	
Nacionalidade do Médico-dentista	Portuguesa	Efetivo	14	0	7	2	7	30
		% em Nacionalidade do médico-dentista	46,7%	0,0%	23,3%	6,7%	23,3%	100,0%
	Outro	Efetivo	19	1	3	2	13	38
		% em Nacionalidade do médico-dentista	50,0%	2,6%	7,9%	5,3%	34,2%	100,0%

Tabela 12: Tabela Cruzada Nacionalidade do médico-dentista * Sentiu dor durante esta consulta?

			Sentiu dor durante esta consulta?					Total
			Negativo	Um pouco negativo	Mais ou Menos	Um pouco positivo	Positivo	
Nacionalidade do médico-dentista	Portuguesa	Efetivo	23	3	2	0	3	31
		% em Nacionalidade do médico-dentista	74,2%	9,7%	6,5%	0,0%	9,7%	100,0%
	Outro	Efetivo	23	2	3	2	9	39
		% em Nacionalidade do médico-dentista	59,0%	5,1%	7,7%	5,1%	23,1%	100,0%

Tabela 13: Aceitação de ser tratado de novo pelo mesmo médico-dentista em função da nacionalidade

		Queria ser tratado de novo por este médico-dentista?		Total
		Sim	Não	
Nacionalidade do médico-dentista	Portuguesa	28	2	30
	Outro	38	0	38
Total		66	2	68

Tabela 14: Problemas frequentes com o paciente no caso de estudantes de outra nacionalidades

Problema	Frequência
Colaboração do paciente	10: <ul style="list-style-type: none"> • 5 sem detalhes • 4 em população infantil • 1 em população idosa
Compreensão	9: <ul style="list-style-type: none"> • 7 por problemas de linguística • 2 devido à idade avançada do paciente
Medo e Ansiedade	7
Capacidade técnicas	2
Gestão da consulta (tempo)	2
Efeitos de substanciais sobre o paciente (antidepressivos, álcool, drogas)	2
Problemas psicopatológicos	1
Protocolos e contexto de trabalho	1

Tabela 15: Causas mais frequente de má percepção do estudante de outra nacionalidade

Causa mais frequente de má percepção do estudante de outra nacionalidade	Frequência de aparecimento nas respostas
Paciente jovem ou idoso	6
Motivos linguísticos gerais	4
Regionalismo	3
Velocidade de discurso	1

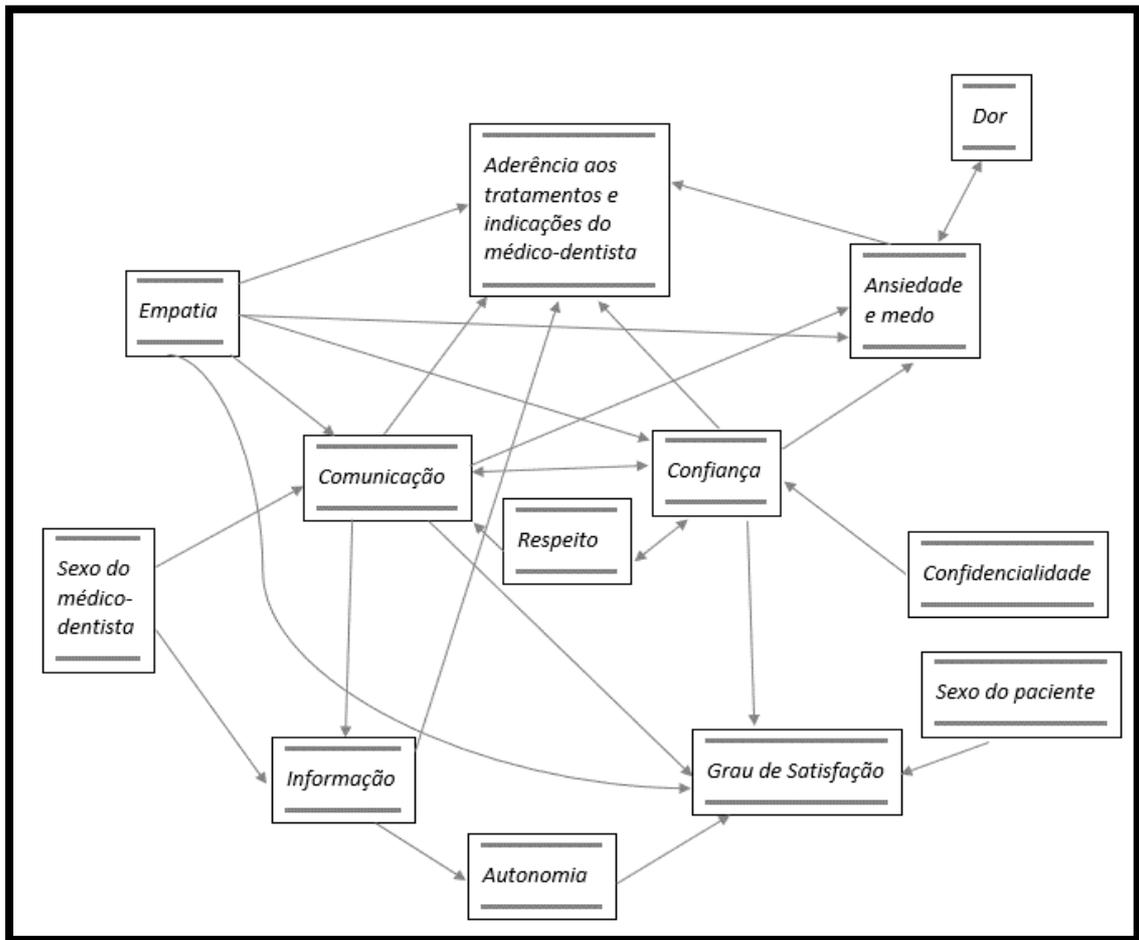


Figura 2: Complexidade das interligações entre os componentes da relação médico-dentista/paciente

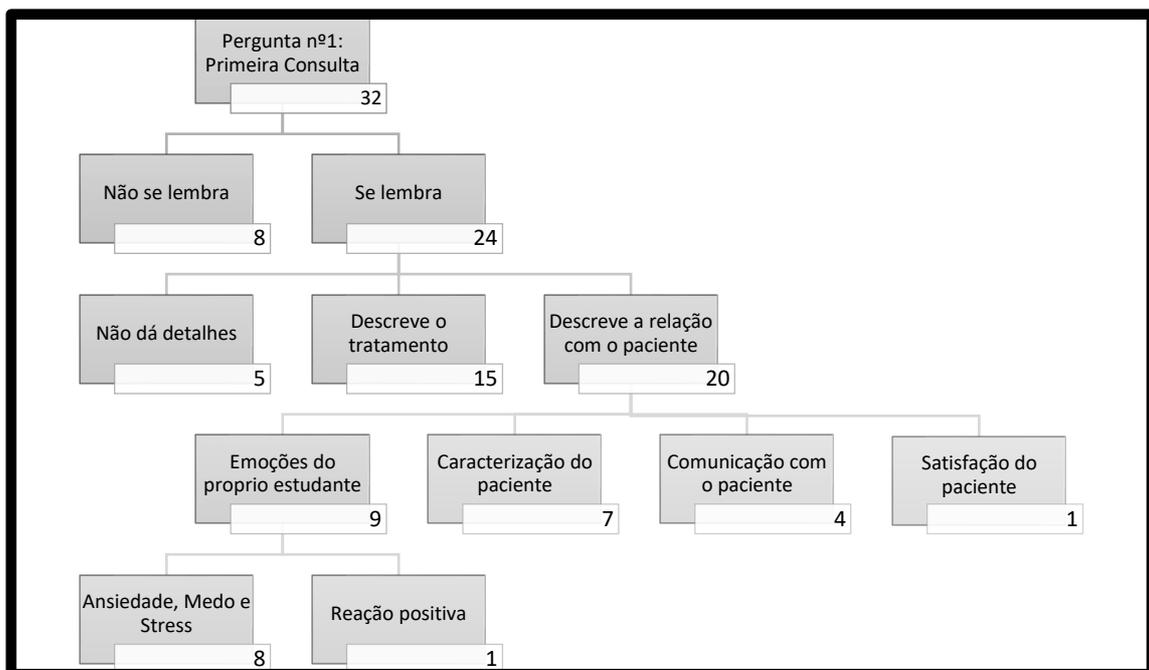


Figura 3: Hierarquização das ideias presentes nas respostas à pergunta nº1 do segundo estudo

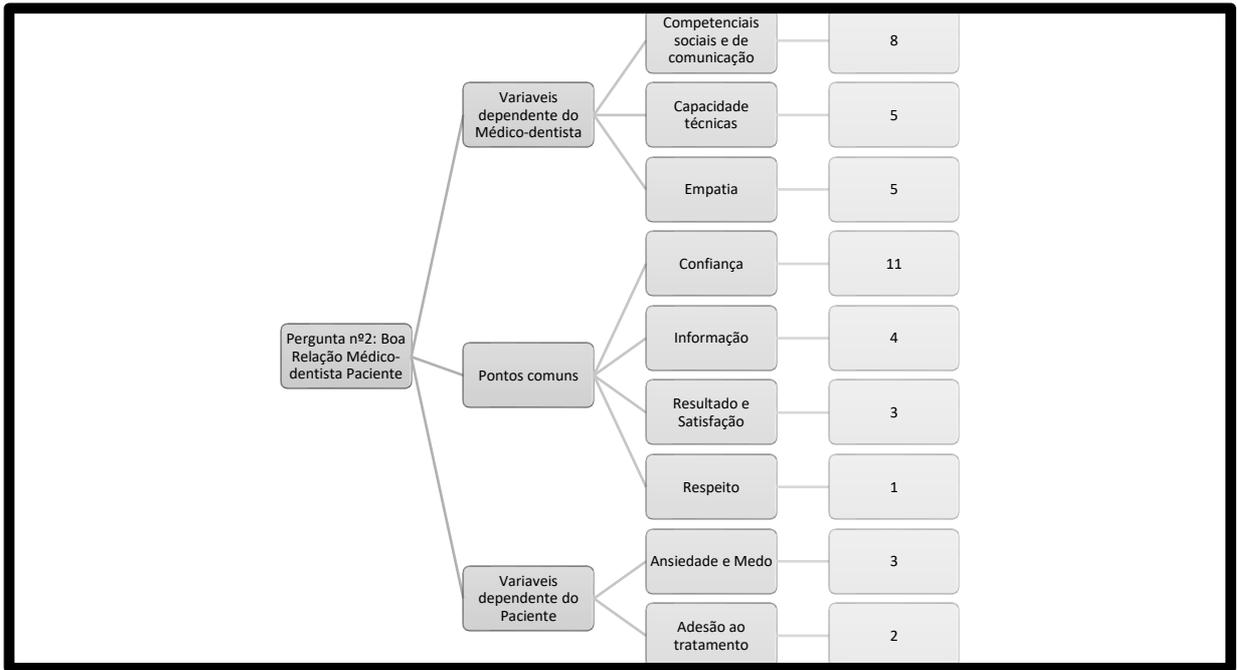


Figura 4: Hierarquização das ideias presentes nas respostas à pergunta n°2 do segundo estudo

CAPÍTULO II

Relatório Final de Estágio

1. Introdução

O Estágio de Medicina Dentária é um período supervisionado, que tem como objetivo a preparação do aluno, mediante uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica, preparando-nos para o exercício profissional, tornando-nos seres autónomos e responsáveis das nossas atividades médicas.

O estágio abrange três componentes: Estágio Hospitalar, Estágio em Clínica Geral Dentária e Estágio em Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre setembro de 2017 e Junho de 2018.

2. Relatório das Atividades Práticas das Disciplinas de Estágio Supervisionado

2.1. Estágio Hospitalar

O Estágio Hospitalar foi realizado no Hospital Padre Américo - Penafiel (Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE). Teve início no dia 15 de setembro de 2017 e terminou a 15 de junho de 2018, sendo realizado à Sexta-Feira entre as 9h e as 12h30. Decorreu sob a supervisão da Mestre Paula Malheiro. Compreendeu um total de 280 horas de trabalho. Este estágio apresenta uma dinâmica de trabalho que permite ao aluno melhorar a sua qualidade de trabalho e autonomia. Foi também importante interagir com pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, pacientes poli medicados e com patologias de várias especialidades médicas, permitindo ao aluno correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	18	21	39
Endodontia	7	4	11
Exodontia	29	22	51
Periodontologia	5	12	17
Outros	1	0	1

2.2 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária foi realizado na Clínica Universitária Filinto Baptista, no Instituto Universitário Ciências da Saúde, em Gandra - Paredes, num período de 5 horas semanais, às Terças-Feiras das 19h00-24h00 (entre 12 de setembro de 2017 a 12 de junho de 2018), perfazendo assim um total de duração de 280 h. Este estágio foi supervisionado pela Mestre Paula Malheiro e pelo Mestre João Batista.

O referido estágio revelou-se uma mais-valia. Para além de permitir desenvolver e aprimorar as capacidades de diagnóstico e de tratamento, possibilitou também, a aplicação prática dos conhecimentos teóricos, adquiridos gradualmente, ao longo dos 5 anos de curso, proporcionando as competências médico-dentárias necessárias para o exercício da profissão.

Ato Clínico	Operador	Assistente	Total
Dentisteria	10	8	18
Endodontia	2	2	4
Exodontia	1	4	5
Periodontologia	4	1	5
Outros	2	1	3

2.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária

A unidade de Estágio em Saúde Oral e Comunitária contou com uma carga horária semanal de 3,5 horas, compreendidas entre as 09h00 e as 12h30 de Segunda-Feira, com uma duração total de 196 horas, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Durante a primeira fase deste estágio foi desenvolvido um plano de atividades, que visava a motivação para a higiene oral, a definição do conceito de saúde oral, e o esclarecimento de dúvidas acerca das doenças e problemas referentes à cavidade oral. Estes objetivos seriam alcançados através de sessões de esclarecimento junto dos grupos abrangidos pelo Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO).

Na segunda fase do Estágio em Saúde Oral e Comunitária, procedeu-se à implementação do PNPSO junto das crianças inseridas no ensino Primeiro Ciclo do Ensino Básico, da Escola Básica do Carvalhal situada no concelho de Valongo.

Para além das atividades inseridas no PNPSO, realizou-se um levantamento de dados epidemiológicos recorrendo a inquéritos fornecidos pela OMS num total de 150 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e 12 anos.