

# COMUNICAÇÃO PEDAGÓGICA E RELACIONAL EM UMA CONSULTA PERIODONTOLÓGICA

Pedagogic and relational communication in a periodontology appointment

Maria do Rosário de Fátima Martins Dias<sup>1</sup>, Fátima Joana de Campos Sebastião<sup>2</sup>, Maria Matilde Rosa Tomaz Pinto da Silva<sup>2</sup>, Egas Moniz – Centro de Investigação Multidisciplinar em Psicologia da Saúde.

<sup>1</sup> *Psicóloga Clínica; Mestre em Ciências da Educação; Doutorada em Psicologia.*

<sup>2</sup> *Estudantes do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária no Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz.*

Recebimento: 29/07/14 - Correção: 24/09/14 - Aceite: 15/11/14

## RESUMO

No tratamento da doença periodontal existe uma forte vertente de motivação e educação do doente para que possa existir a possibilidade de melhoria visto que o seu tratamento é feito em parceria pelo cirurgião-dentista e pelo próprio doente. O presente estudo de caso abordou a educação e como ela pode dar resultados positivos na terapia. Foi analisado o impacto pedagógico do uso de instrumentos e pictogramas durante a consulta e para o uso do paciente em casa. Estes instrumentos foram um modelo, suporte informativo, livro e kit de higiene bucal. Os resultados demonstram uma clara mudança na perspectiva da nossa doente, visto no vídeo pela mudança assistida na comunicação relacional, e desta forma uma modificação na sua preocupação para com a sua doença. Deste modo sua recuperação será feita com mais facilidade. Conclui-se que o presente estudo teve um resultado claramente positivo e sugere-se o seu acompanhamento com mais participantes. Este, embora valha por si só, permite compreender os diferentes e sutis pormenores que é a comunicação não-verbal e como esta é realmente o componente que mais dirige e orienta as consultas odontológicas. Com este tipo de estudo, conseguimos adotar para a nossa prática clínica, e vivência pessoal, uma postura humanizada e realista, e capturar realmente o que uma consulta odontológica é na sua essência.

**UNITERMOS:** Doença periodontal, Adulto, Educação, Motivação, Instrumento. R Periodontia 2014; 24:50-56.

## INTRODUÇÃO

Em saúde a comunicação aberta, no seio da qual a informação prestada possa constituir um verdadeiro ato pedagógico, permitirá ao doente uma melhor adaptação a sua situação e melhorar a qualidade da sua sobrevivência, potenciando a emergência de estratégias de promoção de saúde. Conforme Teixeira (2004), quando a comunicação é efetiva esta tem influência não só a nível individual mas também a nível comunitário.

No processo de comunicação, muitas vezes a forma adotada é o silêncio, o que permite verificar que 90% da comunicação face a face é não verbal, ou seja, a comunicação transcende a linguagem.

Cada vez é mais importante a aquisição de aptidões relacionais na formação pré-graduada dos cirurgiões-dentistas, sendo esta reforçada ao longo do seu período de exercício profissional, obrigando o médico a olhar o doente

como um ser humano e não como uma mera «boca a tratar». Os pacientes são considerados “pacientes do silêncio”. Nesse sentido, os cirurgiões-dentistas devem-se especializar na arte de “falar” em silêncio.

A comunicação não verbal utiliza suportes tais como o rosto humano, o olhar, a dança das mãos, a comunicação pelo tato e olfato, posturas físicas, o ritmo do corpo, entre outros. São itens que transmitem mensagens às quais, por vezes, não recebem atenção e que podem por isso, interferir na relação com o paciente. Assim, um sorriso ou um silêncio, em determinadas situações durante o *setting* de consulta, podem comunicar mais facilmente os sentimentos do que simples palavras.

Segundo Dias (1993), uma boa comunicação permite uma melhor relação e conseqüente adaptação entre o cirurgião-dentista e o paciente, pois por meio da mesma torna-se possível estabelecer uma relação empática entre quem informa e quem é informado.

Nesta relação deve haver uma grande prestação de informação por parte do cirurgião-dentista, o que faz com que o doente adquira um papel ativo na sua cura, pela possibilidade de escolher livremente a terapêutica que pretende, fazendo com que o doente aprecie a competência do médico e que haja um aumento de confiança e mesmo de admiração no mesmo.

O doente não deve ser assim considerado um mero espectador passivo da doença, conduzido pelo conhecimento e autoridade do cirurgião-dentista. Segundo Dias, (2000): “Pelo contrário, deve fazer intervir aspectos psicológicos e sociais no plano da relação médico-doente elegendo-se como agente protagonista no processo de cura”.

Nesta nova era altamente tecnológica, na qual o doente quase nunca está apto a medir o impacto e as consequências das suas escolhas relativamente a planos terapêuticos, o cirurgião-dentista muitas vezes não sabe o que transmitir ao doente com a informação que tem em sua posse. Esta situação é ainda agravada pelo fato dos cirurgiões-dentistas e doentes terem percepções diferentes da mesma informação, “Cirurgiões-dentistas e doentes parecem ter percepções diferentes sobre o valor da informação prestada.” (Chaitchik *et al.* 1992) acentuada por “uma superioridade do cirurgião-dentista aos níveis de conhecimento, autoridade e poder, ampliada pela situação de dependência do doente” (Dias, 1994).

Segundo Schneider (1991), o cirurgião-dentista tornou-se, na grande maioria dos casos, «hemiplégico», caminhando apenas com a sua «perna» técnico-científica, com atrofiamento e crescente paralisação da outra, a da relação humanizada com o seu doente e do seu valor terapêutico.

Idealmente “a rigidez, exatidão e objetividade científicas deverão saber flexibilizar as suas fronteiras quando confrontados com pessoas doentes (...) sem jamais se comprometer o caráter deliberadamente personalizado do diálogo terapêutico” (Dias, 1994).

Assim, e visto a sua grande importância, “impõem-se um apelo ao equilíbrio entre a dimensão técnico-científica e a dimensão assistencial (Carapinheiro, 1991) valorizando e recuperando ideologicamente a dimensão humanista, a «esmeralda perdida» da prática odontológica” (Dias, 1994).

Assim, e visto a sua grande importância “impõem-se um apelo ao equilíbrio entre a dimensão técnico-científica e a dimensão assistencial (Carapinheiro, 1991)

### **O paciente adulto periodontal**

Segundo Petersen & Ogawa (2012), as doenças da cavidade oral são consideradas um grande problema de saúde pública devido à alta prevalência e incidência, e aos impactos

desses agravos por causarem muita dor e sofrimento, afetando a qualidade de vida das pessoas

A doença periodontal é a segunda patologia oral mais prevalente no mundo. Constitui-se de um processo inflamatório bacteriano no tecido periodontal que resulta do acúmulo de placa dentária na superfície externa do dente. Para Mumghamba *et al.* (1995), a sua ocorrência está associada a comportamentos como tabagismo, alcoolismo, dieta rica em carboidratos e higiene bucal deficiente. Muito do tratamento desta doença passa pela motivação do doente à higiene bucal e ao retorno às consultas de manutenção de tratamento periodontal.

Os programas educativos em saúde oral têm sido voltados a grupos específicos como crianças, adolescentes, mulheres grávidas, portadores de necessidades especiais e os idosos. Os pacientes adultos que não se encaixam nos grupos supracitados tendem a interagir passivamente, limitando-se assim a receber informações.

Conforme Ferreira *et al.* (2004), é proveitoso inserir os adultos em atividades educativas, porque eles podem interagir não apenas como pacientes, mas também como agentes multiplicadores, exercendo influências positivas sobre a família e os amigos.

### **MATERIAL E METODOS**

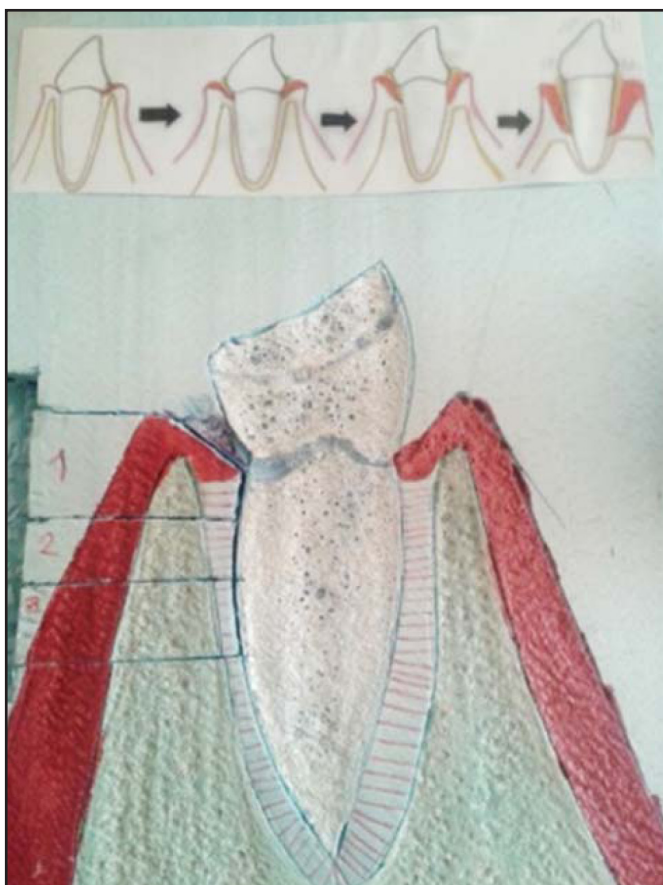
O *setting* de consulta decorreu numa sala de ensino pré-clínico da Clínica Dentária Egas Moniz. Como intervenientes no *setting* de consulta, estavam presentes a paciente M, de 35 anos, cirurgiã-dentista J e assistente I. A paciente tinha como motivação para a consulta motivos estéticos, embora se queixasse de dor nas gengivas.

### **Instrumentos ludo-pedagógicos**

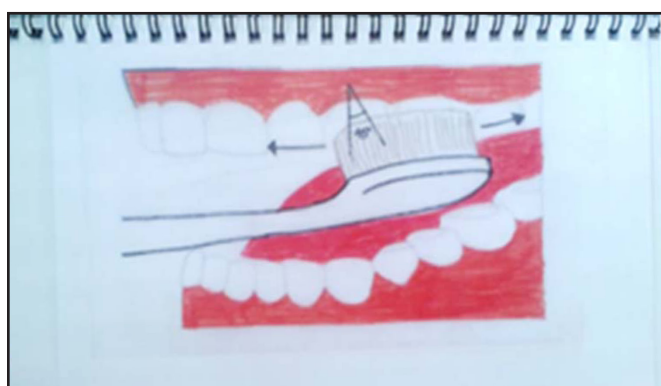
Vários foram os instrumentos utilizados durante o *setting* de consulta, elaborados com recurso a pictogramas. Segundo Souza & Matos (2009), o pictograma é um instrumento pictórico de comunicação visual que pretende associar figuras e conceitos de forma concisa e esquematizada com o intuito de transmitir de forma clara, ágil e simples informações clínicas, advertências, instruções e prescrições, “denunciando francos benefícios ao influenciar positivamente a atenção do paciente, a compreensão, a recordação e a adesão terapêutica” (Medeiros *et al.* 2010).

No início da consulta foi apresentado a paciente um macromodelo de esferovite com uma representação tridimensional, visual e interativa da evolução da periodontite (caracterizada como leve, moderada e severa) tentando demonstrar as consequências intraorais da doença (Fig.

1). Neste mesmo modelo recorreu-se também ao uso de pictogramas reforçando a explicação detalhada das fases da doença.



**Figura 1.** Macromodelo das estruturas dentárias e periodontais. Modelo utilizado na explicação do processo de evolução natural da doença e estruturas saudáveis do dente.



**Figura 2.** Suporte informativo das técnicas de higiene bucal. Possui técnicas de escovagem, utilização do fio dentário, e escovilhão.

Ainda outro instrumento utilizado foi um kit de higiene bucal, composto por uma pasta dentífrica, uma escova e escovilhão e fio dentário. Este instrumento permitiu assim fornecer ao paciente os instrumentos necessários para executar os conhecimentos adquiridos na consulta e motivar para uma correcta higiene bucal estando representados os seus respectivos pictogramas.



**Figura 3.** Kit portátil de higiene bucal. Possui escovilhão interdental, escova de dentes, fio dentário e pasta dentífrica fluoretada.



**Figura 4.** Marcador de livros. Relembra os passos explicados pela cirurgiã-dentista na consulta

Finalmente o quinto instrumento, um marcador de livros ilustrando os pictogramas da técnica de higiene bucal e teve como objetivo reforçar e relembrar as aprendizagens mesmo em momentos lúdicos.

Para a realização dos pictogramas foi utilizado o programa Adobe In Design® e Paint Tool SAI®. Para a realização do filme foi utilizado um ipad Apple® e o programa Adobe After Effects® para a sua montagem final.



O *setting* de consulta inicia-se com a paciente M. a receber uma chamada na sala de espera. A assistente I. dirige-se a M. avisando que chegou a hora de entrar na consulta. A paciente pede que a assistente aguarde enquanto ela finaliza uma ligação no celular. Terminada a ligação, a assistente acompanha M. ao consultório propriamente dito, onde ela é recebida pela cirurgiã-dentista.

Durante o *setting* de consulta, estabelece-se uma breve conversa antes de se proceder ao exame clínico. A cirurgiã-dentista interroga a paciente sobre o motivo que a trouxe à consulta. A paciente revela que os motivos são puramente estéticos: as gengivas a incomodam. Depois do exame clínico, a cirurgiã-dentista anuncia o diagnóstico (Periodontite) e solicita à paciente que a acompanhe até a uma sala para a explicação da patologia por meio de instrumentos. A cirurgiã-dentista também vai explicar as técnicas de uma boa higiene bucal.

Seguidamente, introduzem-se então os instrumentos como suporte à conversa. No final, são fornecidos aqueles que a paciente deverá levar para casa. Feitas as despedidas a cirurgiã-dentista relembra a paciente que ela deverá comparecer na próxima consulta.

## RESULTADOS

No presente trabalho analisou-se a utilização de instrumentos pedagógicos em uma consulta de periodontologia com auxílio de um meio de gravação em vídeo para análise mais pormenorizada da comunicação não-verbal.

Iremos de seguinte analisar a resposta da paciente aos vários instrumentos utilizados.

No encontro da assistente com a paciente que se encontra ao celular e quando a primeira a tenta interromper, a paciente demonstra um sinal de desprezo contendo as características que Freitas Magalhães (2011) enuncia, o queixo elevado, uma parte do canto da boca eleva-se ligeiramente, as pálpebras contraem-se ligeiramente.

No momento do exame clínico, quando a paciente estava a descrever os sintomas da sua doença ao referir que:

M. – "...eu tenho as gengivas um pouco inflamadas, às vezes ficam um bocado ensanguentadas."

esta exhibe uma microexpressão de aversão, segundo descrito por Freitas- Magalhães (2011): "O lábio superior retorcer-se para o lado, a raiz do nariz encorilha para cima, a testa se franze para baixo, as sobrancelhas caem, as pálpebras superiores contraem-se horizontalmente, as pálpebras inferiores elevam-se de forma sutil, os olhos ficam semicerrados, as bochechas contraem-se e sobem, a boca contrai-se para dentro e perpendicularmente e o queixo se

contraí para o centro e para cima".

O macromodelo visa transmitir, de uma maneira mais visual, o processo pelo qual a paciente está a passar. Com este meio a dentista faz uma breve introdução sobre o estado de saúde e doença das estruturas constituintes do periodonto: gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cimento radicular.

A dentista explica a doença que a paciente possui recorrendo ao macromodelo sendo as reações iniciais de surpresa e distanciamento.

Dra. J. – "*a M. pode acabar por perder ainda mais osso e ligamento, perda de gengiva e as suas raízes estão expostas e não é estético*"

Ao ouvir esta informação a primeira reação da paciente é a de surpresa, sendo possível identificar os sinais cardinais descritos por Freitas-Magalhães (2011): "Os olhos e as pálpebras ficam semiabertos, a raiz do nariz encorilha, ocorre uma dilatação das narinas, as bochechas elevam-se, a boca fica aberta em forma de eclipse e o queixo se eleva".

Em adição, a paciente toma uma postura distante, e de afastamento, aumentando física e ligeiramente a distância entre a dentista, transitoriamente, não se afastando da cirurgiã-dentista em si, mas a ideia que ela lhe transmitiu .

Concomitantemente ao afastamento, tom de medo, a M. respondeu:

M.: "*Á Sra. Dra., não vamos deixar isso chegar aí! Não pode ser!*"

ao que a dentista responde,

Dra. J.: "*Mas se a M. não seguir as minhas indicações este é o estado que a M. irá chegar.*"

Este diálogo, demonstra o uso de intimidação e de medo para esclarecer e chamá-la à atenção da severidade da sua doença. Mais à frente iremos interpretar o uso do medo na eficácia da transmissão da mensagem. A dentista passa por explicar as consequências do não tratamento e do não cumprimento das corretas técnicas e higiene bucal, terminando, dizendo no fim:

Dra. J.: "*vamos evitar que isto chegue aí*".

*Este método* de aproximação verbal ("*vamos*") faz com que o paciente se sinta parte da consulta e do duo dentista-doente, "dando a entender que o dentista realmente se preocupa em incluir a paciente no resultado do tratamento"(Júlia & Ford, 2002).

Após a explicação da doença da periodontite, a dentista passa a exemplificar à paciente os cuidados que deve ter na higiene bucal diária, partindo da escovagem, e passando pela utilização de fio dentário e escovilhão interdentário. A dentista volta a usar a repressão no diálogo:

M.: "*(...) Perco imenso tempo a escovar os meus dentes,*

tenho muito cuidado.”

Dra. J.: “*Não é uma perda de tempo M.*”

Para o fim da consulta o celular da paciente toca, mas esta desliga e não atende. Isto demonstra uma mudança de atitude, desde a chegada à clínica – em que ignora e despreza a assistente enquanto estava a atender uma chamada – até ao fim da consulta. Iremos analisar mais à frente o perfil psicossocial das personagens.

Com a finalidade de fornecer informações aprofundadas e corretas, o livro possuía conteúdos mais elaborados e exaustivos que um panfleto. A paciente recebeu o livro com entusiasmo.

Como parte fundamental do tratamento periodontal, a higiene bucal visa a ser assegurada com este kit portátil. Tendo em conta a elevada taxa de deslocação da paciente, permite que esta possa aceder aos instrumentos de higiene bucal facilmente. É essencial que, para além de a paciente possuir os meios, também esteja altamente incentivada a executar as indicações da cirurgiã-dentista. A paciente sente que lhe iria dar muito jeito pelas razões previamente descritas. O kit é acompanhado também pelos pictogramas que foram mostrados à paciente, de modo a invocar todos os aspectos lecionados durante a consulta.

Recorrendo às mesmas razões de locomoção, a dentista entrega um marcador de livros, apelando novamente à memória visual, para interiorizar a mensagem transmitida.

## DISCUSSÃO

Na maior parte das vezes os “pacientes olham para o nosso rosto primeiro e não para as nossas mãos” (Júlia & Ford, 2002) porque esperam entender o que nós, profissionais da saúde, sentimos ao lhes prestar cuidados, pois não têm condições de fazer a avaliação técnica do nosso trabalho e as emoções que nós espelhamos na nossa cara vão influenciar à medida em que somos considerados bons profissionais. Como necessários leitores da mente do paciente, para Ramos & Bortagarai (2012), é impreterível que o cirurgião-dentista tenha um conhecimento aprofundado sobre a comunicação não-verbal, como é o uso do espaço (proxémica), o movimento executados nesse espaço (cinésica) e o toque (taxémica), sabendo interpretar tanto os momentos de verbalizados, mas mais importantes ainda, os de silêncio.

Na apresentação a dentista foi simpática e disponível, boa ouvinte, não criou barreiras, tentando passar a palavra à doente durante a consulta. Estabeleceu contato físico na apresentação como na despedida o que permite a criação de uma ligação mais próxima entre os intervenientes. De todos os nossos sentidos, para Hall (1966) o toque é o mais

pessoal, quer seja associado ao toque do aperto de mão, quer seja a inspeção clínica em que a cirurgiã-dentista se debruça e inevitavelmente estabelece contacto físico mais íntimo para além da taxémica. A percepção olfativa está muito aumentada na altura do exame objetivo e somando ao fato de quebrarmos a barreira que separa o meio interno do externo da pessoa, este processo torna-se muito invasivo para a paciente. A distância a que é praticada esta atividade é uma distância íntima em modo próximo e afastado que segundo Hall (1966) é destinada a contatos íntimos, sexual e de luta, e em que todos os sentidos estão aumentados. São características as sensações de aumento das imagens devido à proximidade; o aumento da temperatura (sendo o calor transmitido por terceiros desconfortável para o próprio, como já foi constatado que com um número equivalente de pessoas em espaços de dimensões semelhantes, em condições de calor observava-se uma maior intolerância pelos indivíduos pela sensação de multidão, aumentando o grau de promiscuidade sentido face a terceiros), o olfato (depende muito de cultura para cultura, podendo pegar em exemplos contrastantes, na neutralidade do olfato americano, com o extremo árabe, em que o noivo pode rejeitar a noiva se não gostar do seu cheiro; neste ponto o paciente sente o odor odontológico e sabe/questiona-se se o dentista sente o seu). De modo a tentar tornar o mais agradável possível para a paciente a cadeira, devemos, antes de efetuar qualquer ato clínico ganhar a confiança e o ‘à vontade’ da paciente em uma primeira distância pessoal no momento da consulta.

No início do exame clínico, a dentista apresentou os instrumentos com o intuito de desmitificar os atos clínicos e tentar autonomizar o paciente. Segundo Nathan (2001): “os doentes acreditam que irão ser submetidos a desconforto durante o tratamento”. Antes do exame clínico a Dra J. mostrou o que iria fazer desta forma diminui o desconforto da paciente M., mostrando-se muito disponível para a paciente o que cria uma relação de empatia. Desta forma a cirurgiã-dentista consegue reduzir quaisquer interferências que possam diminuir a percepção do significado que se está a transmitir (Dias, 1993; Goleman, 1995).

Durante o diálogo com a paciente a cirurgiã-dentista fala em um ritmo pausado, acompanhado de movimentos ritmados das mãos, de modo a estabelecer um ritmo de débito da informação chamado de *autossincronia* em que locutor sincroniza o seu diálogo com os seus movimentos corporais, sendo o movimento das mão os mais significativos, e ao mesmo tempo sincronizando-se com a paciente em um fenómeno de “*sincronia interaccional*” (Bull & Connelly, 1985), observando a sua reação durante a transmissão da informação, em busca de reações que possam indicar alguma

dúvida ou hesitação.

Dentro dos três tipos de sorriso largo, superior e fechado descritos por Freitas Magalhães (2011), a dentista ia adotando um sorriso superior, alternando com o fechado. Verificou-se que perante a exibição dos tipos de sorriso largo e superior, os participantes de um estudo realizado por Freitas Magalhães (2011) passaram a valorizar, em crescendo, mais os pensamentos positivos do que os negativos.

Durante o recurso da consulta a paciente vai-se demonstrando mais receptível a formação e podemos caracterizá-la “como uma doente informada” (Dias, 1997), proativa, opositora da conspiração do silêncio, colocando sequencialmente questões à dentista. Quanto mais se der informação a este tipo de paciente, mais ela é cativada.

O olhar frequente entre a Dra J. e a M. mostra relação de confiança que foi estabelecida. Conforme Waitzkin (1984) however, and information giving remains problematic. Doctors tend to underestimate patients' desire for information and to misperceive the process of information giving. The transmission of information is related to characteristics of patients (sex, education, social class, and prognosis) o diálogo bilateral demonstra uma adequação mútua, que por muitas vezes é esquecida quando automaticamente o médico adota uma consulta dentista-cêntrica, e interrompe certas tomadas de posse da consulta por parte do paciente, por vezes esquecendo a vida pessoal do paciente, vendo-o na sua maioria como um amontoado de dados clínicos.

Comparando com a informação escrita, principalmente para pacientes com baixo grau de instrução, de língua não nativa ou de idade avançada, o uso de pictogramas ou de *cartoons* mostra uma aderência melhor ao tratamento e uma melhor memória do que foi explicado na consulta.

De acordo com Kessels (2003) níveis elevados de ansiedade e estresse comprometem a capacidade de o paciente se lembrar da informação fornecida pelo dentista, e como tal as informações devem ser transmitidas em um estado de menor estresse, de modo a poder absorver melhor a informação que lhe foi transmitida.

## CONCLUSÃO

A evolução da doente, documentada neste artigo, é extremamente positiva mostrando a eficácia dos pictogramas, instrumentos e do método de abordagem dos mesmos. Estes resultados não podem ser reproduzíveis devido a só serem aplicados a um indivíduo.

Aconselha-se a repetição deste estudo a um maior número de participantes.

A doença periodontal é uma das doenças mais

prevalentes no mundo cujo conhecimento público é escasso e das doenças orais em que é mais necessário a educação do doente para que o tratamento tenha sucesso. Apesar do seu uso comum e importância, as etapas do tratamento, ainda são mal entendidas pelos pacientes; como consequência disso, continua a ser “fonte de frustração” de muitos cirurgiões-dentistas e restante da equipe, motivando-os a inspirar os seus pacientes, a seguir as suas recomendações de saúde oral. Cabe aos profissionais de odontologia encontrar os meios para modificar este quadro, podendo o método de ensino acima abordado ser a chave para a uma maior motivação e aprendizagem do paciente.

## ABSTRACT

In the treatment of periodontal disease there is an ample need for motivating and educating the patient so that the possibility of recovery can exist, as the treatment is a partnership between the doctor and the patient. This case study looked at education and how it can give positive results in therapy. The pedagogical impact of the use of the instruments and the pictograms, both in the office and at home, was analyzed. The instruments were the model, the book and hygiene kit. The results show a clear change in the perspective of the patient, seen in the video by the change in relational communication. A clear shift in the viewing of the disease by the patient is seen. This is beneficial for the recovery processes. We can conclude that this study had a frankly positive result and we suggest it be applied to more participants.

**UNITERMS:** Periodontal disease, Adult, Education, Pictogram, Motivation, Instrument

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Teixeira JA. Comunicação em saúde: relação técnicos de saúde utentes. *Análise Psicológica* 2004; 22(3): 615-620.
- 2- Dias MR. Médico doente: A pedagogia da relação. In L. S. Almeida & I.S. Ribeiro (Orgs.). *A organização dos serviços de psicologia em Portugal* 1993; 52-60.
- 3- Dias MR, Brito JA. No quotidiano da dor: a procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica* 2000; 1: p.91-105.
- 4- Chaitchik S, Kreitter S, Shaked S, Schwartz I, Rósin R. Doctor patient communication in cancer ward. *J Cancer Educ* 1992; 41(7).
- 5- Dias MR. O Valor da informação nos valores da ciência médica. *Análise Psicológica* 1994; 3 (XVII): p. 499-512.
- 6- Schneider P. Regard discrets et indiscrets sur le médecin. Masson, Paris 1991: p. 12-15.
- 7- Carapineiro G. Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. *Sociologia – Problemas e Práticas* 1991; 9: p.27-41.
- 8- Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration whit chronic disease prevention and control. *Periodontol* 2000 2012; 60(1): 15-39.
- 9- Mumghamba EGS, Markkanen HA, Honkala E. Initial risk factors for periodontal diseases in Ilala, Tanzania. *J Clin Periodontol* 1995; 22: 343-5.
- 10- Ferreira IR, Morano Jr M, Meneghim MC, Pereira AC. Educação em saúde bucal para pacientes adultos: relato da experiência. *Rev de Odontologia da UNESP* 2004; 33 (3): 149-56.
- 11- Souza S, Matos CR. Usos de sistemas de símbolos gráficos na educação, comunicação e meio ambiente: do funcional ao estético. Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação e Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, XXXII, Curitiba, Brasil, 2009.
- 12- Medeiros GCR, Silva PQ, Silva AS, Leal LB. Pictogramas na orientação farmacêutica: um estudo de revisão. *Rev. Bras. Farm* 2011; 92(3): 101-7.
- 13- Freitas-Magalhães A. *A psicologia das emoções: o fascínio do rosto humano*. 3a ed. Porto; 2011. p. 23-160.
- 14- Júlia M, Ford H. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética* 2002; 10(2): p.73–88.
- 15- Ramos AP, Bortagarai FM. A comunicação não-verbal na área da saúde. *Rev CEFAC* 2012; 14(1): 164–170.
- 16- Hall ET. *A Dimensão oculta*. Lisboa: Relógio D'Água Editores, Ed. n.d. 1996. p. 11-213.
- 17- Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. *Journal of Dentistry for Children* 2001; 68(2): 89-101.
- 18- Goleman D. *Inteligência emocional* (Correia MD, Trad.). Lisboa: Sociedade Industrial Gráfica 1995.
- 19- Bull P, Connelly G. Body movement and emphasis in speech. *Journal of Nonverbal Behavior* 1967; 9: 169.
- 20- Dias MR. *A esmeralda perdida: a informação ao doente com cancro da mama* 1997. Lisboa: ISPA
- 21- Waitzkin H. Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252(17): 2441–2446.
- 22- Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2003; 96(5): 219–22.

Endereço para correspondência:  
Maria Rosário Dias, Egas Moniz  
Centro de Investigação Multidisciplinar em Psicologia da Saúde,  
Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte da Caparica  
Caparica – Portugal  
2829-511  
E-mail: mariadorosario.dias@gmail.com